Rok XLIII. Kraków 28 Maja 1904. Nr. 22.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania kąpieli gazowych w chorobach serca.

Podał
Dr. Z. Pelczar
z Truskawca.

Niedawną jest historya stosowania kąpieli w leczeniu chorób sercowych, a mimo to metoda ta, jako zupełnie racyonalna, uzyskała pełne swe prawa w szeregu środków i święci należyte tryumfy. Kolebką jej Nauheim, gdzie Beneke i bracia Schott pierwsze poczynili w tym kierunku doświadczenia; Nauheim też do tej pory przoduje między zakładami, które stosują leczenie kąpielowe w chorobach serca. Z biegiem czasu przekonano się, że czynniki, które w Nauheim tak dodatnio działają, rozsiane są licznie po świecie i że nawet sztucznie urządzonymi kąpielami gazowemi osiągnąć można te same wyniki. W ostatnich też latach słyszymy o wielu zakładach, które z równie dobrym skutkiem stosują te zabiegi. Owszem, z jednej ostateczności przerzucono się w drugą. Zdaniem mojem, poczęto nadużywać tej metody, stosując ją prawie w każdym przypadku cierpienia serca, a zapominając o tem pierwszem przykazaniu „*primum non nocere*“. Przyznać mi to musi każdy, nawet niewtajemniczony w tajniki władzy lekarskiej, — że „panaceów“ medycyna niema i mieć nie może, — że i kąpiele jednemu choremu pomogą, drugiemu nie, a trzeciemu i zaszkodzić mogą.

Bardzo słuszną jest zasada, że naprawić można tylko to, co się naprawić da, a przytem, jeżeli naprawić się umie, że zaś nie wszystkie chore serca są wrażliwe dodatnio na zabiegi kąpielowe, zgodzić się musi ze mną każdy, kto z chorymi sercowymi więcej miał do czynienia.

Przyznać się przytem musimy, że dotychczas nie mamy postawionych ścisłych wskazań w balneoterapii i niema oznaczonej tej ścisłej granicy, poza którą nie możemy się spodziewać wyników dodatnich, a obawiać się musimy szkodliwych skutków.

Wszystko to zaś, co o działaniu kąpieli na chore serca wiemy, wiemy z doświadczenia kąpielowego, które przez kliniki i pracownie nie przeszło. Ma się rozumieć, że nie podobna oznaczyć tej ścisłej granicy, rozstrzygać zaś musi osobiste doświadczenie, ścisła obserwacya w czasie zabiegów i po nich, uwzględnienie przeróżnych czynników, przeważnie natury higienicznej, które poza kąpielami wywierają na serce swój wpływ. Aby choć w przybliżeniu oznaczyć wskazania do stosowania kąpieli w cierpieniach serca, zastanowić się musimy nad sposobem działania kąpieli na serce zdrowe i chore, w szczególności zaś słonych i gazowych. Uwzględnić musimy wpływ termiczny, chemiczny i mechaniczny.

Pominę działanie kąpieli słonych na przemianę materyi, oddychanie i układ nerwowy, aczkolwiek i te czynniki nie pozostają w wynikach pośrednio bez działania na serce, a zajmę się wprost działaniem kąpieli słonych i gazowych na serce.

Wszystkie czynniki: termiczny, chemiczny i mechaniczny, zawarte w kąpieli, działają we właściwy sposób na serce; a ponieważ działają wszystkie razem równocześnie, dlatego niesłychanie trudną jest sprawą przedstawić działanie każdego z nich z osobna. Tem się też tłómaczy niezupełna zgodność wyników badań pojedynczych badaczy, ponieważ nie mogli badać w tych samych warunkach — tem więcej, jeźli uwzględnimy, że i przedmiot badania — człowiek, — posiadając różną wrażliwość, różnie mógł oddziaływać na pojedyncze zabiegi.

To jednak jest pewnem, że wpływ kąpieli na serce przy jednakowej ciepłocie będzie zależnym od tego, czy woda jest słodką, czy słoną, lub czy zawiera kwas węglowy. Odwrotnie, przy tej samej zawartości soli lub kwasu węglowego działanie kąpieli na serce będzie różnem, a zależnem od stopnia ciepłoty.

I tak, pomijając samą zmianę ciepłoty w ustroju, która w miarę podnoszenia się ciepłoty wody także się podnosi, przekonamy się, że przy podnoszeniu się ciepłoty kąpieli zwiększa się odpowiednio ilość tętna, z równoczesnem obniżeniem się parcia krwi. I tak podaje Mathey:

| | | | |
|---|---|---|---|
| przy ciepłocie wody | 37·05° C. | 46° C. | 50° C. |
| liczba tętna | 80 | 103 | 187. |
| Londe zaś znalazł przy | 37° C. | 50° C. | 53·7° C. |
| liczba tętna | 70 | 100 | 120. |

Według zaś Wieganda i Gregoriusa ciepłota ciała może dochodzić do 40° C. przy 60° C. wody kąpielowej. Odwrotnie, w kąpieli t. zw. obojętnej (34° C.) i niżej opada znowu liczba tętna (Niebergall, König, Liebig, Löbel i inni) z równoczesnem wzmożeniem się parcia krwi, które w miarę niższych ciepłot wzrasta coraz to więcej do pewnej granicy, o ile liczba tętna opada.

I tak według tabeli, którą zestawił Lersch:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| przy ciepłocie | 33·5°C. | liczba tętna pierwotnie | 80 | spada na 76 |
| „ „ | 34° | „ „ „ | 74 | „ „ 70 |
| „ „ | 30° | „ „ „ | 76 | „ „ 72 |
| „ „ | 20° | „ „ „ | 67 | „ „ 60 |

Przy kąpielach słonych spotykamy mniej więcej te same wyniki z tą różnicą, że w stosunku do stężenia roztworu soli występuje wybitniejsze wzmożenie parcia krwi. Stwierdził to manometrem A. Schott na królikach, że parcie krwi natychmiast wzrastało, gdy wodę słodką zastąpił

wodą słoną i to w prostym stosunku do stężenia roztworu soli.

Jeszcze wybitniejsze działanie na serce tak co do tętna, jak i parcia, rozwijają kąpiele słone z dodatkiem kwasu węglowego. Według Schotta parcie może w takiej kąpieli dochodzić do 150—160 mm. rtęci, tętno spadać o 8—10 uderzeń zawsze przy ciepłocie wody, niższej od ciepłoty ciała, a więc 33°—30° C. Podobne spostrzeżenia podaje Löbel zgodnie z Grödlem, Gräupnerem, którzy oznaczają, że ciepłota 34° C. stanowi właśnie tę granicę, poniżej której u osobnika kąpanego parcie się podnosi.

Pokrótce powiedzieć musimy, że tak w kąpieli słodkiej, jak i słonej, a w wyższym stopniu w gazowej poniżej punktu obojętnego (34° C.) spada liczba tętna — parcie zaś krwi wzrasta. Im niższa ciepłota wody, im większą zawartość soli lub kwasu węglowego, tem spadek tętna większy, a silniejsze wzmożenie parcia krwi.

Towarzyszą temu i inne jeszcze objawy, jak zwiększenie liczby ciałek krwi (Winternitz, Grawitz), zwolnienie liczby oddechów, wzmożenie wydzielania azotu, — co nas na razie mniej zajmuje.

Takie samo działanie rozwijają kąpiele słone lub słono-gazowe i na serce chore; że zaś niezawsze zależeć nam może na znacznem podwyższeniu parcia krwi w przypadkach pewnych cierpień serca lub naczyń, przyzna mi każdy.

Są mianowicie cierpienia serca, których stałym objawem jest już podwyższone parcie krwi. Do tych cierpień należy swoisty przerost mięśnia sercowego, n. p. powstały w cierpieniach nerek lub na innem tle, oraz miażdżyca tętnic, zwłaszcza tętnic mózgowych, rozdęcie aorty i tętniaki. W tych przypadkach narażanie chorego na dalsze, choćby chwilowe wzmożenie parcia niema najmniejszej racyi, a nawet może być szkodliwem i niebezpiecznem. W przypadkach zatem przerostu serca, zwapnienia tętnic w ogóle, aorty i tętnicy wieńcowej serca, oraz tętnic mózgowych w szczególności, są wskazane kąpiele słone bez kwasu węglowego o ciepłocie 35°—37°C., a nie przekraczające 2—5% zawartości soli.

Kąpiele gazowe natomiast nadają się znakomicie do leczenia innych postaci cierpień serca, począwszy od nerwic serca, zapaleń osierdzia, wysięków w worku sercowym, zapaleń wsierdzia, bez względu, czy towarzyszy temu zwężenie, czy rozszerzenie odpowiedniego ujścia. Ilość soli, kwasu węglowego, ciepłotę, należy znowu zastosować do indywidualności chorego, jego sił, stanu nerwów i t. p, z zastrzeżeniem jednak, że przy wadach zastawkowych niema znaczniejszej niedomogi mięśnia sercowego.

Kąpiele wreszcie słono-gazowe są na miejscu w przypadkach osłabienia serca po przebyciu chorób ostrych zakaźnych, lub wogóle po fizycznem znużeniu mięśnia, w zwyrodnieniu włóknistem, oraz w przypadkach otłuszczenia serca.

Wspominać nie potrzebuję, że w leczeniu wszystkich tych postaci cierpień serca niezawsze wystarczają same zabiegi kąpielowe, że nieraz trzeba się lekarzowi uciekać i do środków aptecznych, gimnastyki oporowej, a uwzględnić przytem i cały szereg innych higienicznych czynników, które wywierają szalony wpływ na serce. Nie należy spuszczać z oka i tych czynników, które stały się przyczyną cierpienia serca, lub je podtrzymują, jak niedokrewność, zatrucie nikotyną, alkoholem i t. p., a leczyć przy tem towarzyszący przymiot, otyłość, dnę, gościec i t. p.

Że zapatrywania moje, oparte na kilkunastoletniem doświadczeniu, nie są odosobnione, dowodem tego coraz częściej podnoszące się głosy z ostrzeżeniem i nawołujące do ostrożności przy stosowaniu kąpieli w cierpieniach serca.

Już Kisch mówi (1883): *„Bäder dürfen bei Herzhypertrophie u. Arteriosclerose nur mit grosser Vorsicht angewendet werden, nicht zu warm sein u. nicht zu lange dauern. Die an Kohlensäure reichen Stahlbäder u. Soolbäder ebenso Moorbäder sind zu meiden“.*

Beneke, który jeden z pierwszych stosował kąpiele w cierpieniach serca, uważa przedewszystkiem cierpienia, powstałe na tle gośćca, jako takie, które nadają się do leczenia kąpielowego, wyklucza zaś sprawy sercowe, powstałe na tle zapalenia nerek i miażdżycy; niesłusznie zaś wciąga do przeciwwskazań i cierpienia sercowe po płonicy, jakoteż po gorączce połogowej.

W nowszych czasach Huchard (Odczyt w „Société de Therapeutique“ 1903), opierając się na doświadczeniach Laachéa, Fräntzla, Abutt, Heydega, Samsona, Bourneya, Veo, Williamsa, Broadbenta i swoich, przestrzega przed stosowaniem kąpieli gazowych w chorobowych sprawach serca, połączonych z podwyższeniem parcia krwi.

Z polskich autorów Pisek (Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych 1899) uważa za przeciwwskazanie do stosowania kąpieli $CO_2$ silnie rozwiniętą miażdżycę tętnic, tętniaki, powikłania wad serca (choroby nerek), a po części nerwice serca.

Prof. Gluziński w dziele: „Nauka o chorobach wewnętrznych“ tom: (Choroby serca i naczyń krwionośnych, 1904), stanowczo sprzeciwia się stosowaniu kąpieli $CO_2$ we wszystkich tych formach cierpień serca, gdzie do obrazu choroby należy podniesienie się stałe parcia krwi, zwłaszcza przy równoczesnych zmianach w ścianach naczyń.

Tego samego zapatrywania jest i Pawiński i wielu klinicystów polskich, choć myśli swej nie dali wyrazu.

Mam nadzieję, że tych słów kilka w kwestyi tak zasadniczej wobec bardzo obecnie rozpowszechnionego leczenia kąpielami chorób serca, pubudzą kolegów do wymiany zdań i ustalenia pojęć o działaniu kąpieli, jakoteż ścisłego określenia wskazań do używania zabiegów kąpielowych w cierpieniach serca.

II. Ze szpitala powszechnego w Jaśle.

## Wypadnięcie pochwy i macicy wśród porodu.

Napisał
Dr. Józef Kadyi,
sekundaryusz szpitala.

Zamierzam opisać przypadek, jaki niedawno operowałem w szpitalu, a który dla swej niezwykłości zasługuje na opisanie.

Przed kilku tygodniami z miasteczka, odległego o 4 mile, przywieziono rodzącą do tutejszego szpitala.

Wywiady. Osoba 35-letnia, licho odżywiona, o tkankach wiotkich, rodzi poraz piąty. Od lat kilku cierpi na wypadanie części rodnych ze szpary sromowej i wskutek tego nosi krążek pochwowy.

Chociaż podaje wyraźnie, że to ja właśnie poleciłem jej nosić krążek; niestety, jednak sam tego nie mogę przypomnieć, tem samem nie mogę podać bliższych szczegółów co do jakości i stopnia wypadnięcia. Poród zaczął się przed dwiema dobami; bóle porodowe były dużo większe, aniżeli obecnie. Ponieważ czas mijał, a płód się nie ukazywał, więc przyszła jej do pomocy jakaś nie egzaminowana położna; a chcąc rodzącą ratować, wsuwała wielokrotnie do jej części rodnych rękę, zapewne w tym celu, aby płód na zewnątrz wygarnąć. Podczas tych zabiegów utworzył się przed częściami rodnemi guz, cierpienia się wzmagały, a poród nie kończył się. W końcu zawezwany poblizki lekarz, przybywszy na miejsce i obejrzawszy chorą, polecił natychmiast odwieźć ją do szpitala.

Stan obecny. Osoba, zdradzająca cierpienie widoczne w wyrazie twarzy, znużona podróżą na wozie, pokryta lepkim potem. Brzuch wypukłony przez mocno obkurczoną macicę, na której dosyć nizko u dołu wykazać się daje pierścień skurczowy. Położenie płodu pierwsze czaszkowe główka nizko wciśnięta pod spojeniem łonowem. Pomiędzy udami rodzącej znajduje się guz wielkości dużej głowy dorosłego mężczyzny, wychodzący ze szeroko rozwartej szpary sromowej. Guz ten jest pokryty żywo czerwoną błoną śluzową, która tu i ówdzie doznała otarcia i jest w tych miejscach pokryta już to wilgotnymi szarymi nalotami, już to pergaminowo zaschłymi strupkami. Ta czerwona i zmacerowana błona śluzowa przechodzi u górnego bieguna guza wprost na zewnętrzne części rodne tak, iż zupełnie brak wpuklenia odpowiadającego pochwie, w któremby można palcem obejść dokoła guza u wejścia do pochwy. U dolnego bieguna tego guza i nieco ku tyłowi znajduje się ułożony we fałdy otwór, prowadzący w głąb i dający dosyć łatwe przejście dla całej ręki operatora. Wprowadzona ręka, kryje w tym guzie się aż powyżej nadgarstka, zanim końce palców dosięgną główki płodu. Guz ten jest zatem wynicowaną, wypadniętą i potwornie obrzmiałą pochwą. Główka płodu ułożona prawidłowo, wychyla się już poczęści z pod spojenia łonowego; gdyby nie obecność opisanego guza, utworzonego z pochwy, który tak niepomiernie przedłuża przewód rodny poza miednicą i poza zewnętrznemi częściami rodnemi, toby ta główka ukazywała się już na światło dzienne w sparze sromowej. Tymczasem jednakże ma przed sobą jeszcze drogę poprzez cały guz, którego najdłuższą średnicą przejść musi.

Poród należało prędko ukończyć, a że przewód pochwowy, biegący przez opisany guz, był dostatecznie szeroki, więc postanowiłem użyć kleszczy. Założenie kleszczy było dosyć trudnem, a to dlatego, iż trzeba było wsunąć je więcej niż do połowy trzonków, zanim koniec łyżki dosięgnął główki płodu. Oczywista więc rzecz, że wskutek tego ograniczoną została w znacznej mierze swoboda poruszeń i zwrotów i nie łatwo udawało się zwykłe początkowe ustawienie kleszczy trzonkiem do góry i opuszczanie go w miarę posuwania się łyżki po wypukłości główki. Wraz z kleszczami musiał i guz odbywać te wychylenia do góry, a w dalszym ciągu opuszczać się napowrót. Ażeby tę wypadniętą pochwę do pewnego stopnia uruchomić, uczynić ją podatniejszą i miękkszą, a nie tak silnie wskutek obrzmienia napiętą, zastosowałem oględne ugniatanie, jakby pewnego rodzaju mięsienie, podobne do tego, które tak dobre oddaje usługi przy odprowadzaniu n p uwięzniętych przepuklin. W ten sposób po krótkim czasie zyskałem rzeczywiście możność założenia kleszczy na główkę płodu.

Nastąpiła teraz druga część operacyi, t. j. wydobycie tej główki na zewnątrz. I ta część operacyi z powodu zmienionych warunków musiała się różnić od zwykłych pociągań kleszczowych. Tutaj bowiem nie mogło właściwie zależeć na sprowadzaniu główki przez pociąganie coraz niżej ku otworowi zewnętrznemu; a nawet takie pociąganie mogłoby stać się groźnem przez sprowadzenie pęknięcia lub wprost oderwania całej guzowato wypuklonej pochwy. Należało więc główkę wyprowadzoną poza obręb miednicy raczej unieruchamiać zapomocą kleszczy, a natomiast starać się do pewnego stopnia odnicować wypadniętą pochwę i obsuwać ją poza kleszcze, obejmujące i ustalające główkę. Wykonywało się to powoli, aby zbyt nagłem pociągnięciem nie przekroczyć granicy sprężystości tkanki i nie spowodować jej pęknięcia. W ten sposób po usiłowaniach, trwających 10—15 minut, wytoczono główkę na zewnątrz, a reszta płodu z łatwością natychmiast się wysunęła. Macica skurczyła się zupełnie i wypchnęła ze siebie łożysko, które utknęło w tym długim przewodzie wypadniętej pochwy i dopiero przez oględne pociąganie za sznurek pępowinowy zostało na zewnątrz wydalone. Po zakończeniu porodu zmniejszyło się obrzmienie guza, który też cokolwiek zmalał i pomarszczył się. Z łatwością teraz dawał się ten guz odprowadzić; ale że wejście do pochwy było przez długi czas tak bardzo rozciągnięte, iż brakowało mu potrzebnej elastyczności do należytego się zwarcia, więc tłocznia brzuszna natychmiast wypchnęła znowu pochwę na zewnątrz.

Przebieg i zakończenie choroby. Chora żyła po operacyi dni sześć, a sekcya zwłok wykazała galaretowato ropny nacick w tkance łącznej miednicy małej i taką samą wypocinę w jamie opłucnej i w płucach. Nie zamierzam nużyć czytelnika szczegółami choroby i sekcyi zwłok, gdyż to rzeczy samej nie zmienia; wystarczy zaznaczyć, że przyczyną śmierci była ropnica.

Jest to bardzo rzadki, a może nawet odosobniony przypadek, w którym tak znaczną przeszkodą porodową była sama pochwa, wypadnięta na zewnątrz i obrzmiała do potwornych rozmiarów.

W dotychczasowej mojej praktyce czegoś podobnego nie spotkałem a lekarze, z którymi opisany przypadek omawiałem, także zgodnie przyznają, że z tego rodzaju przeszkodą nigdy się nie spotkali. Że przypadki takie należą do niezmiernych rzadkości, dowodzi nadto studyum odnośnego piśmiennictwa. W podręcznikach Brauna, Ahlfelda, Martina, Schauty, Schrödera i Winckla, opisujących mniej lub więcej dokładnie wypadnięcie macicy podczas ciąży i porodu, nie ma wzmianki o wypadnięciu samej pochwy w tych rozmiarach, jak to miało miejsce w moim przypadku. Jedynie Späth [1]) wspomina pobieżnie że kawałek wypadający już podczas ciąży pochwy może uwięznąć podczas porodu pomiędzy główką a spojeniem, przyczem obrzmiewa, staje się sinym i przedstawia guz, który może stanowić przeszkodę porodową.

Wogóle zauważyć można, że autorowie, zajmujący się tą sprawą, mówią o wypadnięciu pochwy najczęściej przy sposobności opisywaniu przypadków wypadnięcia macicy, prac zaś odnoszących się do samego wynicowania pochwy, jak to miało miejsce w naszym przypadku, znajdujemy bardzo niewiele. Jedynie w pracy pani Hopfenstand z kliniki berneńskiej „O wypadnięciu pochwy i macicy w ciąży, podczas porodu i w połogu“ znajdujemy osobne zestawienie przypadków wynicowania pochwy. Autorka przytacza (w r. 1892) 18 takich przypadków, opisanych prze-

[1]) „Bei der Geburt bleibt nicht selten eine prolabirte Scheidenfalte entweder im vorderen oder hinterem Umfange der Vulva vorgelagert und kann namentlich vorn zwischen Kopf und Schoossbogen so eingeklemmt werden, dass sie ödematös anschwillt und von Hyperämie und Blutextravasaten dunkelblau gefärbt, eine grosse Geschwulst darstellt, die sogar das Vorrücken des Kopfes zu hindern vermag und das Mittelfleisch in Gefahr bringt“.

ważnie bardzo niedokładnie Chodzi tu najczęściej o nieznaczne wypadnięcie przedniej lub tylnej ściany pochwy, które tylko w 2 przypadkach stanowiły nieznaczną przeszkodę porodową w innych nie utrudniały w niczem porodu. Ale i w tych dwóch przypadkach wypadnięcie było bardzo nieznaczne tak, że przypadki te w niczem nie przypominają powyżej przezemnie opisanego. W jednym z nich nastąpiło przedarcie pochwy i śmierć z zakażenia, po trudnej ekstrakcyi płodu w położeniu miednicowem; w drugim poród odbył się siłami natury, choć był nieco utrudniony.

Tak więc przypadek przezemnie opisany stanowi *unicum*. Niewątpliwą jest rzeczą, że w tym przypadku istniało i istnieć musiało usposobienie do opisanego powikłania porodu jeszcze z czasów przed ostatniem zastąpieniem w ciążę, a to w postaci zbyt szerokiego wejścia do pochwy wskutek pękniętego międzykrocza. Takie jednak usposobienie samo przez się nie wystarcza do wytłómaczenia.

Kobiety z pękniętem i niezeszytem międzykroczem wcale do rzadkości nienależą. Bardzo często spotyka się pacyentki, które z tego powodu lata całe cierpią na usunięcie się ku dołowi narządu rodnego, a wówczas stosownie do okoliczności mniejszy lub większy odcinek tego narządu opada na zewnątrz. Jeżeli kobieta taka zajdzie w ciążę, to zazwyczaj część opadnięta cofa się w górę i znika na czas ciąży, kiedy macica wzrośnie do tego stopnia, iż dla swojego zwiększonego rozmiaru musi dźwignąć się ponad miednicę małą. Także i poród przebiega w takich razach prawidłowo, to znaczy, że owo nawykowe opadnięcie pochwy podczas porodu również jakby nie istniało.

Jeżeli więc wyżej opisany poród nie miał tego przeciętnego przebiegu, a przeciwnie utworzyła się tak znaczna przeszkoda z samejże opadniętej pochwy podczas porodu, to z konieczności obwiniać o to muszę owo wielokrotne wsuwanie i wysuwanie do przewodu rodnego ręki osoby trzeciej, która działać musiała zupełnie bez znajomości rzeczy. Notoryczną jest rzeczą, że niektórzy w celu uwolnienia się ze służby wojskowej sprowadzają sobie w sztuczny sposób opadnięcie kiszki stolcowej, a to zapomocą wsuwania do kiszki kamienia uwiązanego na sznurku i następowego pociągania za ten sznurek. Wówczas to kamień wyciągnięty wyprowadza wraz z sobą i błonę śluzową kiszki stolcowej na zewnątrz Zupełnie tak samo powstać musiało i tu w ciągu porodu wynicowanie ścian pochwy. Rolę wyciąganego kamienia odegrała tu ręka rzekomej położnej. Błona śluzowa pochwy, przylegając i czepiając się ręki, wysmykała się wraz z nią na zewnątrz. Być może także, że ta nieszczęsna operatorka, widząc jakieś ciało czerwone, wypuklające się ze szpary sromowej, brała je za część płodu i wprost chwytała je w palce lub całą garścią i wyciągała na zewnątrz. W ten sposób wyprowadzona pochwa ze swojego dotychczasowego położenia, opadnięta i wynicowana, musiała gwałtownie obrzmieć, bo zmieniły się warunki krążenia. Wraz z wywiniętą pochwą uległy zagięciu i żyły, a wskutek tego odpływ krwi z części opadniętej doznał nagłego utrudnienia, wytworzyły się analogiczne warunki, jakie powodują tak wielkie obrzmienie napletka przy powstaniu załupka. Jeżeli w tych warunkach tkanka napletka tak potwornie obrzmiewa, to nie ma się co dziwić, iż uwięznięta pochwa dosięgła rozmiarów głowy dorosłego człowieka, boć jest to narząd ulegający w ciąży znacznemu przerostowi, bardzo unaczyniony, pulchny i soczysty.

Sądzę więc, że opisane opadnięcie pochwy zostało wywołane czynnie przez osobę trzecią. Gdyby nie owe rzekomo operacyjne zabiegi, dokonywane ręką w narządzie rodnym, toby do opadnięcia pochwy nie przyszło, mimo że rodząca cierpiała od dawna na nawykowe opadanie tego narządu. Z drugiej strony nawykowe opadanie pochwy musi być uważane za przyczyną usposabiającą, a to w tem znaczeniu, że nawet najbrutalniejsze rękoczyny raczej wszystko inne spowodować mogły, tylko nie opadnięcie pochwy, gdyby przedsięwzięte był na osobie z prawidłowo wązkiem wejściem do pochwy.

Zachodzi jeszcze pytanie, jaki wpływ na przebieg połogu miałoby opisane opadnięcie pochwy, gdyby śmierć nie była nastąpiła wskutek zakażenia ropnego? Nawiasem tu wspominam, że przypadek opisany stał się przedmiotem sądowokarnych dochodzeń przeciw winowajczyni. Śmierć z ropnicy uprościła znacznie orzeczenie sądowo-lekarskie. Zakażenie ropne, stwierdzone przez sekcyę zwłok, bezsprzecznie przypisać należało tej samej winowajczyni; a wobec tego na drugi plan zeszło określenie i skwalifikowanie sądowo-lekarskie szkody na zdrowiu, jakiem było opadnięcie pochwy samo w sobie. Pomijając jednak śmiertelne zakażenie krwi, można było spodziewać się po rozwiązaniu wyleczenia, a nawet powrotu mniej więcej do stanu, jaki istniał przed ostatnią ciążą. Jak po odprowadzeniu uwięzniętej przepukliny wraca wszystko niebawem do stanu prawidłowego, tak też skłonny jestem przypuścić, że po rozwiązaniu zwijanie się narządu rodnego odbyłoby się zwyczajnym torem, lub przynajmniej nie daleko od zwyczajnego odbiegającym. Żałować tylko wypada, że śmierć nie dozwoliła na spostrzeganie połogu aż do jego naturalnego końca.

Jeżeli rzadkością jest opisane opadnięcie pochwy, to nie zbyt częstem, aczkolwiek niewątpliwie częstszem jest opadnięcie macicy podczas porodu. Wypadek taki przed laty zdarzył się w mojej prywatnej praktyce; sądzę, nie od rzeczy będzie, gdy go tu pokrótce w głównych zarysach opiszę.

Do rodzącej izraelitki zostałem wezwany przez egzaminowaną położnę i to w miejscu mojego zamieszkania. Wypadek więc wcale nie był zaniedbany lub zadługo się przeciągający.

Przez szparę sromową przerżnęła się już główka swoją największą objętością, ale ta główka była pokryta macicą, której ujście zaledwie na koronę się otworzyło. Rodząca była nędzną handlarką, cierpiącą od dawna na zupełne opadnięcie macicy do tego stopnia, iż pomiędzy udami zwisająca macica nabrała powłoki twardej podeszwowatej. Wargi maciczne były stwardniałe, modzelowate i zbliznowaciałe. Nic więc dziwnego, że maciczne ujście wytworzone z takiej zbitej tkaniny, nie mogło się w czasie porodu rozstąpić i otworzyć. Gdy się zważy, że szpara sromowa była szeroka i nie dawała dostatecznego oporu dla silnego napierania, jakie tłocznia brzuszna wśród porodu wywiera, wówczas łatwo się pojmie, iż spychana na dół macica, nie mogąc się otworzyć i przepuścić główki, sama wraz z poprzedzającą w niej główką, ukazała się w szparze. Trudno przewidzieć, do jakiego stopnia doszłoby to opadnięcie macicy, gdyby odpowiednia pomoc opaźniała się, n. p. przez 2 lub 3 doby, t. j. tak długo, jak to nieraz na wsi zwlekają ze sprowadzeniem

pomocy lekarskiej. W szczególności trudno się spierać, czy zupełne opadnięcie ciężarnej a raczej rodzącej macicy byłoby możebne lub nie. Dotychczas opadnięcie całej macicy wraz z donoszonym płodem uważa się za wytwór wyobraźni. Odkąd przypadek w mowie będący osobiście widziałem, nie śmiałbym *à priori* przeczyć możliwości takiego zdarzenia.

Poradziłem tu w łatwy sposób: dwoma czy trzema cięciami nożyczek rozszerzyłem dostatecznie ujście maciczne i założyłem kleszcze. O dalszych szczegółach nie mam nic uwagi godnego do zauważenia.

Przypadków opadnięcia macicy podczas ciąży i porodu opisano znacznie więcej, niż przypadków przeszkód porodowych z powodu wynicowania pochwy. Pani Hopfenstand przytacza ich 26, a Franke w pracy z r. 1892 zebrał ich 124. Liczba to nieduża, jeśli się uwzględni, że cierpienie to poza ciążą jest tak niezmiernie częste.

I znowu zachodzi pytanie, dlaczego tak rzadko zdarza się opadnięcie macicy wraz z płodem podczas porodu, mimo, że wiele kobiet cierpi na opadnięcie macicy jeszcze przed zastąpieniem w ciążę; i wszystkie one w mniejszym lub większym stopniu mają preformowaną szeroką drogę przez pęknięte międzykrocze. Jeżeli w pierwszym opisanym przypadku czynne a nieumiejętne działanie osoby trzeciej stało się powodem opadnięcia pochwy, to tu u tej handlarki nikt o czynne sprowadzenie opadnięcia macicy posądzonym być nie może. Macica opadła samoistnie, t. j. jedynie pod wpływem działających przy porodzie sił przyrody. Dlaczegóż więc nie dzieje się to częściej w podobnych przypadkach? Na to zdaje mi się jest tylko jedno wytłómaczenie, a mianowicie, iż zapłodnienie prawie nigdy nie ma miejsca tam, gdzie opadnięcie macicy dosięgło najwyższych stopni. Póki część opadnięta jest jeszcze miękka, nie duża, łatwo się daje odprowadzić przynajmniej leżąco w łóżku, póki owrzodzenie i zbliznowacenie ujścia nie jest znaczne, póty zapłodnienie w tych razach do skutku dojść może. Atoli w tych razach nie ma jeszcze warunków dostatecznych, aby podczas porodu do opadnięcia macicy przyjść miało. Ani zbitość tkanki nie jest tak znaczna, aby się stała nieprzezwyciężonym oporem dla rozwarcia się ujścia, ani ruchomość macicy, ani, co najważniejsza, szerokość wejścia do pochwy nie dosięgły tu ostatecznych granic. Inna rzecz, gdy nawykowo opadająca macica wyciągnie za sobą i pochwę na zewnątrz; wtedy razem tworzą ciało duże i grube, które, jakby trzecie udo pomiędzy nogami się plącze. Tu brak wszelkiej podpory ze strony międzykrocza, a wnętrzności mają bardzo szeroką bramę, którą mogą być wyparte na zewnątrz. Gdy w tych warunkach przychodzi do porodu, to dziwić nie można, że macica rzeczywiście opada częściowo, a jednocześnie istnieje groźba, iż całkowicie opadnąć może. Jeżeli co w tych warunkach zadziwia, to okoliczność, iż kobieta taka mogła zostać zapłodnioną. Już samo spółkowanie jest nietylko nie ponętne dla mężczyzny, ale nadto w sposób naturalny niemal nie wykonalne, przypuściwszy nawet, że przedtem macicę odprowadzono do środka. Dalej potrzeba jakiegoś szczególniejszego zdarzenia, ażeby nasienie dostało się aż tam, gdzie należy, bo wpuszczone ono zostało w istną jamę skórzastą, obszerną, zatokowatą, a prócz tego ujście maciczne jest z konieczności w tych razach prawie że nie przepuszczalne dla nasienia, bo bywa owrzodziałe, zapuchnięte, stwardniałe. Sądzę więc, że położnik dlatego tak rzadko spotyka się z opadnięciem macicy podczas porodu, gdyż kobiety, które miałyby potrzebne do tego warunki, bywają zazwyczaj już niepłodne.

## III. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. Adam Wrzosek.

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

(Dokończenie.)

Z kolei rozpatrzeć należy własne doświadczenia Behringa, z których on wysnuwa swą teoryę. Behring wraz z Muchem karmił jadowitemi lasecznikami wąglika, niezawierającymi zarodników, świnki morskie dorosłe i młode, mające najwyżej dni siedem. Pomimo jednakowego sposobu karmienia młode zwierzęta padały, a stare pozostawały zdrowe. Gdy natomiast Behring karmił nowonarodzone świnki morskie osłabionymi lasecznikami wąglika, to zwierzęta nie padały, pomimo, iż we krwi ich można było stwierdzić laseczniki wąglika. Stąd wysnuwa Behring wniosek, że przewód pokarmowy młodych świnek morskich przepuszcza drobnoustroje, gdy przewód pokarmowy świnek dorosłych własności tej nie posiada. Lecz z doświadczeń Behringa nie tylko ten wniosek wysnuć można, lecz także i inny, mianowicie, że nowonarodzone świnki morskie są wrażliwsze na zakażenie wąglikiem, niż starsze. Drugi wniosek wydaje mi się nawet więcej uzasadnionym, a to z powodów następujących:

Po pierwsze wiadomo, że zwierzęta stare mogą być odporne na zakażenie wąglikiem, gdy młode są wrażliwe na to zakażenie. Tak jest np. u psów (Straus) ([49]). Zauważono również, że młode świnki morskie są wrażliwsze na zakażenie lasecznikami nosacizny i przecinkowcami cholery, niż świnki morskie starsze ([16]). Według Behringa i Nissena ([28]) młode szczury białe wrażliwsze są na zakażenie wąglikiem, niż stare. Czaplewski ([28]) podaje, że także młode gołębie w znacznym stopniu wrażliwsze są od starych na zakażenie wąglikiem.

Powtóre doświadczenia Nikolskiego ([51]), wykonane w pracowni Miecznikowa, przemawiają za tem, że u zwierząt dorosłych: białych myszy, białych i szarych szczurów, świnek morskich i królików można wywołać chorobę, podając zwierzętom z jadłem zarodniki lasecznikow wąglikowych. Nikolski, badając gruczoły krezkowe karmionych w ten sposób zwierząt, znajdował w nich laseczniki wąglikowe.

Zresztą już przed Nikolskim Koch wraz z Gaffkym i Löfflerem ([20]) wykazali, że laseczniki wąglikowe mogą przechodzić do krwi przez nieuszkodzoną błonę śluzową jelit.

Po trzecie, jeszcze w roku 1877 wykazał Pasteur ([49]), że obecność innych drobnoustrojów niekorzystnie wpływa na laseczniki wąglikowe. Pasteur zauważył mianowicie, że jeśli wstrzykiwać zwierzętom laseczniki wąglikowe razem z innymi, zupełnie nieszkodliwymi drobnoustrojami, to zwierzęta pozostają przy zdrowiu. Być może przeto, iż laseczniki wąglikowe daleko prędzej giną w przewodzie pokarmowym

zwierząt dorosłych, niż noworodków, gdyż zawiera on daleko więcej rozmaitych drobnoustrojów, niż przewód pokarmowy noworodków.

Tyle o tej seryi doświadczeń Behringa.

Natomiast druga serya doświadczeń, wykonana przez Behringa wraz z kilku współpracownikami (Römer, Much, Kovacs) raczej przemawia przeciw jego teoryi, niż za nią. W tej seryi karmił Behring świnki morskie jednakowemi dawkami zarazków gruźliczych. Po jednorazowem nakarmieniu zapadały na gruźlicę świnki morskie tylko nowonarodzone, lub mające kilka dni. Lecz, gdy dawano większe dawki, zdarzało się, że i starsze zwierzęta również zapadały na gruźlicę, zwłaszcza, gdy dawano bardzo jadowite zarazki. Tu już dwóch zdań być nie może. Z doświadczeń tych widocznem jest, że błona śluzowa przewodu pokarmowego tak świnek nowonarodzonych, jakoteż starszych, przepuszcza zarazki gruźlicze, lecz że świnki starsze są odporniejsze na zakażenie. Zresztą dawno przed Behringiem wykazali: Wesener, Klebs, Cornet, Orth([48]) Dobroklonski ([20]), Fischel ([34]) i inni, że zarazki gruźlicze mogą przechodzić przez nieuszkodzoną błonę śluzową przewodu pokarmowego. Dobroklonski w skrawkach z jelita zauważył zarazki gruźlicze w kosmkach bądźto na pewnej odległości od warstwy nabłonkowej, bądźto tuż pod tą warstwą; czasem znajdowały się one między komórkami nabłonka, przyczem część zarazka wystawała do światła jelita. W samej warstwie nabłonkowej znajdował Dobroklonski zarazki gruźlicze bardzo rzadko, mimo, iż przejrzał setki preparatów; były one albo wolne, albo wewnątrz leukocytów. Dobroklonski podnosi ze szczególnym naciskiem, że warstwa nabłonkowa błony śluzowej jelit nie przedstawiała zgoła żadnych zmian patologicznych, nie wyłączając miejsc, w których zarazki znajdowały się w kosmkach tuż pod tą warstwą.

Z powyższych uwag łatwo osądzić można, że podstawy, na których oparł Behring swoją teoryę, niezupełnie mogą się ostać w świetle krytyki. Na poparcie swej teoryi nie przytoczył Behring ani jednego faktu, który przemawiałby bezsprzecznie za nią. Nie dowiódł również Behring swego twierdzenia, że zarazki gruźlicze mogą przebywać w ustroju dziesiątki lat, nie wywołując widocznej gruźlicy.

Dodać należy, że już dawno Weigert ([66]), opierając się na badaniach anatomiczno-patologicznych, wskazywał na przewód pokarmowy małych dzieci, jako na wrota zakażenia gruźlicą. Zdaniem Cohnheima ([20]) przewód pokarmowy dzieci jest nawet najczęstszemi wrotami zakażenia gruźliczego. Muszę również zaznaczyć, że wprowadzając drobnoustroje niejadowite do przewodu pokarmowego zwierząt nietylko dorosłych, ale i nowonarodzonych szczeniąt, oraz kociąt, przyszedłem do wniosku, iż błona śluzowa przewodu pokarmowego tak starych, jak i młodych zwierząt w równej mierze przepuszcza drobnoustroje. Zdaje mi się, że inne tłómaczenie, nie różniące się zasadniczo ani od teoryi Behringa, ani od teoryi Manfrediego, może objaśnić sposób powstawania niektórych przynajmniej chorób zakaźnych.

Ustrój zwierząt wyższych, a zapewne i człowieka, tak w pierwszych okresach życia, jak i później, narażony jest na bezprzestanne zakażanie się. Jedną z bram, być może najważniejszą, wnikania drobnoustrojów w głąb tkanek jest przewód pokarmowy, dzięki własności błony śluzowej przepuszczania ich w warunkach prawidłowych. Ponieważ jama ustna i cały wogóle przewód pokarmowy zwierząt, żyjących w naszej strefie*) zawiera stale obok roztoczy i drobnoustroje jadowite, przeto i te ostatnie mają sposobność wnikania w głąb organizmu. Drobnoustroje z przewodu pokarmowego przechodzą do naczyń mleczowych, a stąd do gruczołów krezkowych. Tu część ich zostaje zatrzymana, część wędruje dalej do limfy przewodu piersiowego, z nią do żyły bezimiennej, do prawej połowy serca i do płuc. W płucach znów część drobnoustrojów osiada, pozostałe wędrują do lewej połowy serca, a stąd z krwią tętniczą wędrują do rozmaitych tkanek, w których ostatecznie osiadają. Tutaj rozstrzyga się ich los. Mogą one przebywać w narządach przez krótszy lub dłuższy czas, poczem zwykle, nie znajdując odpowiedniego podłoża do życia i rozmnażania się, giną. Ale gdy znajdą odpowiedni grunt do dalszego rozwoju, czyto wskutek wrodzonego osłabienia ustroju, czyto wskutek nabytego, wtedy zaczynają się szybko rozmnażać i wywołują chorobę. Rzecz godna zaznaczenia, że nawet nieszkodliwe drobnoustroje w warunkach prawidłowych, jak n. p. prątek okrężniczy, stale znajdujący się w kiszkach ludzi i zwierząt, przy zmianach chorobowych w jelicie nie tylko może nadmiernie się rozmnażać, ale co ważniejsza, może się zwiększyć jego jadowitość, jak to wykazał prof. Klecki, i w tych warunkach nieraz może wywołać zapalenie otrzewnej lub wyrostka robaczkowego. Wszystkie przeto czynniki, szkodliwie wpływające na cały ustrój lub na niektóre jego części, znakomicie przyczynić się mogą do wywołania choroby zakaźnej, a takimi czynnikami są złe warunki higieniczne (gruźlica), głód (dur głodowy), przeziębienie (zapalenie płuc), uraz (ostre zapalenie szpiku kostnego) i t. p. Przypuszczenie fizyologicznego zakażania i utajonego życia drobnoustrojów nietylko w gruczołach chłonnych (Manfredi), ale i w innych tkankach ustroju, daje nam odpowiedź, w jaki sposób mogą powstawać takie choroby zakaźne, jak ropień mózgu i ostre zapalenie szpiku kostnego po urazie; w jej świetle stają się zrozumiałe dla nas takie przypadki chorobowe, jak pierwotna gruźlica nerek, urazowe powstawanie gruźlicy kości, stawów i jąder; ropnie wątroby, śledziony i nerek; ropne zapalenie opon mózgowych wskutek długiego działania promieni słonecznych na głowę (Bornhaupt); zropienie krwisteku zamacicznego i t. p. sprawy chorobowe.

Badania, o których na początku tej pracy była mowa, wykonane w krakowskim Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Kleckiego, rzucają pewne światło na zagadkowe powstawanie rzeczonych spraw zakaźnych. Badań tych nie można uważać za zakończone, albowiem powstaje cały szereg pytań, dotychczas nie rozwiązanych w należytej mierze: czy tylko przewód pokarmowy stanowi wrota fizyologicznego zakażania? jaką płuca odgrywają rolę w fizyologicznem zakażaniu? czy drobnoustroje po przejściu z przewodu pokarmowego do tkanek nie zmieniają swej jadowi-

*) Levin ([42]), badając bakteryologicznie treść przewodu pokarmowego wielu zwierząt (białych niedźwiedzi, fok, rekinów i t. d.) w krajach podbiegunowych, doszedł do wniosku, iż u większej części zwierząt treść kiszek była zupełnie jałowa. Tylko u niektórych zwierząt można było wyhodować z jelit jeden gatunek drobnoustrojów, podobnych do prątka okrężniczego.

tości? czy w tkankach znajdują się beztlenowce? w jakiej liczbie? jakie gatunki?... i wiele innych pytań. Słowem, dotychczasowe badania stanowią dopiero wstęp do dalszej pracy w tym kierunku.

**Piśmiennictwo** *). [1]) Baumgarten: 1) Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität. Berlin. kl. Woch. 1899. Nr. 41. [2]) 2) Zur Lehre von den natürlichen Schutzmitteln des Organismus gegenüber Infectionen. Berliner klin. Woch. 1900. N. 7—9. [3]) 3) Der gegenwärtige Stand der Bacteriologie. Berl. klin. Woch Nr. 27—28. — [4]) Behring: 1) Tuberkulosebekämpfung. Berliner klin. Woch. 1903. Nr. 11. [5]) 2) Ueber die Artgleichheit der vom Menschen und der vom Rinde stammenden Tuberkelbazillen und über Tuberkulose-Immunisierung von Rindern. Wiener klin. Woch. 1903. Nr. 12. [6]) 3) Ueber Lungenschwindsuchtentstehung u. Tuberkulosebekämpfung. Deut. med. Woch. 1903. Nr. 39. — [7]) Biedl und Kraus: 1) Ueber die Ausscheidung der Microorganismen durch die Niere. Arch. f. exper. Pathologie u. Pharm. XXXVII. Bd. 1895. [8]) 2) Ueber die Ausscheidung der Microorganismen durch drüsige Organe. Zeitschr. f. Higiene. Bd. XXVI. 1897. — [9]) Bordet et Gengou: Recherches sur la coagulation du sang et les sérums anticoagulants. Annal. de l'Instit. Pasteur. 1901. — [10]) Browicz: O śródnaczyniowych komórkach we włoskowatych, krwionośnych naczyniach zrazików wątroby. Rozpr. Akad. Umiej. Wydz. mat.-przyr. Serya II. T. XVII. 1900. — [11]) Buchner u. Voit: Ueber den bacterientödtenden Einfluss des Blutes. Arch. f. Higiene. 1900. Bd. X — [12]) Buchner u. Sittmann: Welchen Bestandtheil len des Blutes ist die bacterientödtende Wirkung zuzuschreiben? Archiv. f. Higiene 1900. Bd. X. — [13]) Buchner u. Orthenberger: Versuche über die Natur der bacterientödtenden Substanz im Serum. Arch f. Higiene. 1890. Bd. X. — [14]) Bujwid: Cukier gronowy, jako podnieta ropienia w obecności staphyl. aurei. Przegląd lekarski 1888 — [15]) Carrière et Vanverts: Études sur les lésions produites par la ligature expérimentale de vaisseaux de la rate. Archives de méd. expér. 1899 — [16]) Charrin: L'infection. Traité de pathologie génér. publié par Bouchard. T. II. Paris. 1896. — [17]) Ciechanowski: W sprawie wrót zakażenia gruźliczego. Nowiny lekarskie. 1904. N. 1. — [18]) Cotton: Ein Beitrag zur Frage der Ausscheidung von Bakterien durch den Thierkörper. Aus d. Sitzungsberichten d. k. Akademie der Wissensch. in Wien. Math.-naturw. Classe Bd. CV. Abth. III. 1896. — [19]) Disse: Untersuchungen über die Durchgängigkeit der jugendlichen Magen-Darmwand f. Tuberkelbacillen. Berl. klin. Woch. 1903. N. 1. — [20]) Dobroklonski: De la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse de l'intestin. Archives des médecine expér. 1890. T. II. — [21]) Ernst: Die Frühjahrsseuche der Frösche und ihre Abhängigkeit von Temperatureinflüssen. Zieglers Beiträge. Bd. VIII. 1890. — [22]) Fodor: Bacterien im Blute lebender Thiere. Arch. f. Higien. Bd. IV. 1886. — [23]) Ford: On the Bacteriology of Normal Organs. Journal of Hig. 1900. Vol. I. — [24]) Fütterer: Wie bald gelangen Bacterien, welche in die Portalvene eingedrungen sind in den grossen Kreislauf u. wann beginnt ihre Ausscheidung durch die Leber u. die Nieren. Berl. klin. Woch. 1899. N. 3. — [25]) Gengou: Contribution à l'étude de l'origine de l'alexine des sérums normaux. Annal de l'Inst. Pasteur. 1901 — [26]) Gmelin: Untersuchungen über die Magenverdauung neugeborener Hunde. Pflüger's Archiv. f. Physiologie. Bd. 90. 1902. — [27]) Goldberg: K woprosu o sudbie baktierij w organizmie żywotnych. Petersburg 1900. — [28]) Günther: Wstęp do nauki bakteryologii. Przekład Żurakowskiego. Warszawa 1902. [29]) Hess: Untersuchungen zur Phagocytenlehre. Virchows Archiv. 1887. Bd. 109. — [30]) Hoyer: Zasadnicze pojęcia naukowe w świetle krytyki poznania. Krytyka lekarska 1897. — [31]) Hüppe: 1) Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik. Berlin 1893. [32]) 2) Naturwissenschaftliche Einführung in die Bacteriologie. Wiesbaden 1896 — [33]) Janowski: Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Przegląd chirurg. 1894. — [34]) Kimla: Nová theorie Behringova o spůsobu propagace tuberkulosy a Behringova osnova na racionelni jeji potřeni Časopis lek. česk. 1903. N. 43—44. — [35]) Klecki K.: 1) O zapaleniu otrzewny w cierpieniach przewodu pokarmowego. Kraków 1895. [36]) 2) Ueber die Ausscheidung von Bacterien durch die Nieren und Beeinflussung dieses Processes durch die Diurese. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 37. 1897. [37]) 3) Contribution à la pathogénie de l'appendicite. Annal. de l'Inst. Past. 1899. — [38]) Koch: Ueber bacteriologische Forschung. Berlin 1890. — [39]) Kossowski: K woprosu o wydielenii poczkami mikroorganizmow i żirowych emulsij. Petersburg 1897 — [40]) Kostanecki: Wpływ bakteryobójczy surowic normalnych różnych zwierząt. Medycyna. 1900. Nr. 22. — [41]) Lannelongue: Statistique microbienne de l'ostéom. aigue. Revue de chirurg. 1895. — [42]) Levin: Les microbes dans les régions arctiques. Annal. de l'Inst. Past. 1899. — [43]) Lubarsch: Infectionswege u. Krankheitsdisposition. Lubarschs-Orstertags Ergebnisse. 1896. — [44]) Manfredi: Ueber die Bedeutung des Lymphgangliensystems f. die moderne Lehre von der Infection u. der Immunität. Virchows Archiv. 1896. Bd. 155. — [45]) Martius: 1) Pathogenese innerer Krankheiten. Infectionskrankheiten und Autointoxicationen. Wien-Leipzig. 1899. [46]) 2) Pathogenetische Grundanschauungen. Berl. klin. Woch. 1900. Nr. 20 — [47]) Meltzer and Norris: The Bactericidal Action of Lymph taken from the Thoracic Duct of the Dog. The Journal of experim. medicine. II Vol. 1897. — [48]) Mélin: Note sur l'élimination des bactéries par les reins et le foie. Annal. de l'Inst. Pasteur. 1900. — [49]) Metchnikoff: L'Immunité dans les maladies infectieuses. Paris 1901. — [50]) Nencki M.: O zadaniach biologicznej chemii. Przegl. Lek.. 1900. — [51]) Nikolsky: Charbon chez les animaux nourris avec leurs aliments habituels mêlés de spores charbonneuses. Annal. de l'Inst. Pasteur, 1900. — [52]) Noetzel: Experimentelle Studie zur Frage der Ausscheidung von Bakterien aus dem Körper. Wiener klin. Wochenschr. 1903. Nr. 37 — [53]) Nuttal: Experimente über den bakterienfeindl. Einfluss d. thierischen Körpers. Zeitschrift für Hygien. 1888. Bd. IV. — [54]) Opitz: Beiträge zur Frage der Durchgängigkeit von Darm und Nieren für Bacterien. Zeitschs. f. Hyg. 1898. Bd. XXIX. — [55]) Pawlowsky: Zur Frage der Infection und der Immunität. Zeitschrift für Hyg. 1900. Bd. XXXIII. — [56]) Pettersson: Ueber die bactericide Wirkung von Blutserum und Blutplasma. Arch. f. Hyg. 1902. Bd. XLIII. — [57]) Pruszyński: Przegląd prac profesora Nenckiego i jego uczniów, dotyczących bakteryologii. Gazeta Lek. 1897. — [58]) Ribbert: Die Schicksale der Osteomyelitiskokken im Organismus. Berliner klin. Wochenschr. 1884. Nr. 51. — [59]) Rogoziński: O fizyologicznej resorbcyi bakteryi z jelita. Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiejęt. Serya B. Tom XLII. 1902. — [60]) Rzegociński: Badania bakteryologiczne nad szpikiem kostnym zwierząt normalnych. Polsk. Archiw. nauk. biol. i lek. T. II. 1902. — [61]) Simanowska: O soku żołądkowym i pepsynie u psów. Gazeta Lekarska. 1893. — [62]) Śniadecki Jęd.: O wyziewach jadowitych i zarazach. Pamiętnik Tow. Lekarskiego Warszawsk. 1837. — [63]) Stern: Trauma als Krankheitsursache. Lubarsch's-Ostertag's Ergebnisse. 1897. — [64]) Virchov R.: 1) Krankheitswesen und Krankheitsursachen. Virchov's Archiv. 1880. Bd. 79. [65]) 2) Traumaticismus und Infection. Virchov's Archiv. 1900. Bd. 162. — [66]) Weigert: Bemerkung zu v. Behrings Vortrag. Ueber Lungenschwindsuchenstehung und Tuberkulosebekämpfung. Deutsche med. Wochensch. 1903. Nr. 41. — [67]) Wrzosek: 1) W sprawie jałowości tkanek prawidłowych. Przegl. lekar. 1902. [68]) 2) O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych. Polskie Archiwum nauk biol. i lek. T. II. 1903. [69]) 3) Recherches sur les voies de passage des microbes du tube digestif dans les organs internes à l'état normal. Extrait du Bulletin de l'Academie des sciences de Cracovie. Novembre 1903. — [70]) Wysokowicz: Ueber die Schicksale der ins Blut injicirten Microorganismen im Körper der Warmblüter. Zeitsch. f. Hyg. 1886. Bd. I.

*) Zupełny wykaz piśmiennictwa, dotyczącego powstawania chorób zakaźnych, zająłby zbyt wiele miejsca. Ograniczam się przeto do podania ważniejszych źródel, z których czerpałem materyał do pracy niniejszej.

## IV. Oceny i sprawozdania.

Hopf Ludwig: **Die Anfänge der Anatomie bei den alten Kulturvölkern.** J. U. Kern's Verlag (Max Müller). Breslau 1904, str. VII—126.

Autor dzieła, które dziś mamy przed sobą, nie zamierzył przeglądnąć i zbadać cały materyał źródłowy, o ile on się przechował aż do naszych czasów w muzeach, dziełach starożytnych, lub pod postacią wotów w świątyniach

pogańskich, lecz starał się zebrać wiadomości z tego zakresu, podane przez rozmaitych badaczy, rozsypane po licznych czasopismach lub obszernych dziełach historyczno-lekarskich. To też nie znajdujemy w omawianej jego książce całego tego aparatu źródłowego i ciężaru przytoczeń, które tak bardzo utrudniają czytanie dzieł historycznych osobom mniej się zajmującym historyą. H. podaje jedynie ostateczne wyniki badań innych uczonych, ułatwiając w ten sposób zapoznanie się z treścią dzieła swojego nawet lekarzom, stojącym zdala od studyów historycznych.

Autor podzielił treść swojej książki na dwie części, w których poucza o wysnuwaniu wniosków anatomicznych z donaryów, przechowywanych po muzeach, a naśladujących rozmaitę części ciała ludzkiego lub zwierzęcego, z ofiar składanych bóstwom u rozmaitych ludów starożytnych ze zwierząt, ze sposobu ich przyrządzania i przechodzi do czasów historycznych, podając krótki rys początków anatomii w dzisiejszem jej rozumieniu. Stara się po krótce zapoznać czytelnika z dawniejszemi wiadomościami anatomicznemi starożytnych indyan, egipcyan, dawnych filozofów greckich, Hipokratesa i jego szkoły, szkoły aleksandryjskiej, dogmatyków, metodyków, pneumatyków i eklektyków, Celsusa, Galena, okresu bizantyńskiego, arabów, wieków średnich, a przedewszystkiem szkoły salernitańskiej, scholastyków i akademii w Montpelier, doprowadzając swój rys aż do r. 1543, t. j. do czasu pojawienia się *„de corporis humani fabrica libri septem.“*

Dzieło Hopfa nie zawiera wprawdzie dużo poglądów nowych lub oryginalnych, lecz zestawiając w bardzo przystępny sposób poszukiwania Oetelego, Töplyego, Fuchsa, Blocha, Pagła i innych, stanowi dobry podręcznik i zasługuje na bliższe zapoznanie się z niem.

*Dr. Lachs.*

## V. Wyciągi.

Szenes. **Uwagi krytyczne o operacyjnem leczeniu chorób usznych.** (*Ungar. med. Presse*, Nr. 26, 1903). Autor dzieli wszystkie zabiegi, stosowane obecnie w otochirurgii, na dwa główne działy: do pierwszego zalicza operacye, zmierzające do usunięcia takich przeszkód, które tamują czynność narządu słuchowego. Do drugiego zaś te operacye, które ratują życie; tu cierpienie uszów jest właściwie początkiem sprawy chorobowej, która na pewne występuje przy zaniedbaniu operacyi i zbyt często kończy się śmiercią. Autor omawia te sprawy ropne jamy bębenkowej, w których choroba rozszerza się na sąsiednie jamy poboczne, a często także na jamę czaszkową. Na podstawie doświadczenia w kilkuset odnośnych przypadkach, autor twierdzi, iż tylko po należytem rozważeniu wszystkich objawów przystąpi otyatra do operacyi, gdyż chociaż z jednej strony jestto karygodnem niedbalstwem odwlekać tak długo zabieg, aż ropienie, obok pogorszenia objawów, sprowadzi powikłanie śródczaszkowe, to z drugiej strony byłoby to stanowczo błędem w sztuce przyspieszać operacyę w przypadkach, w których mimo groźnych objawów są jeszcze widoki, że choroba jamy bębenkowej może się zakończyć wyleczeniem bez niebezpiecznej operacyi.

*Baschkopf.*

Bukojemski. **W sprawie fagocytozy i leukocytozy po wstrzyknięciu jadowitych łańcuszkowców do jamy brzusznej.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 5 i 7). Autor badał w pracowni prof. Weryho (Odessa) los łańcuszkowców po wstrzyknięciu jadowitej ich hodowli do jamy brzusznej królików. Poddając badaniu krew królików co godzina aż do ich śmierci, oraz wypocinę w jamie brzusznej i narządy, przekonał się B., że w ciągu pierwszych 3—4 godzin po zakażeniu można łańcuszkowce odnaleźć tylko w jamie brzusznej, gdzie warunki dla ich rozwoju są nader sprzyjające; następnie drobnoustroje przedostają się w liczbie wciąż wzrastającej do gruczołów chłonnych, śledziony, wątroby i płuc; przed śmiercią wszystkie narządy królika są przeładowane drobnoustrojami. W tym samym okresie, gdy badanie wykrywa szybkie rozmnażanie się łańcuszkowców, można stwierdzić obecność oddzielnych łańcuszków lub nawet kolonii, które barwią się tioniną nie na sino, lecz słabo różowo; niektóre z tych koków tracą kształty okrągłe i przedstawiają się podłużnymi lub pęcznieją i nieraz zlewają się, tworząc zamiast łańcuszka laseczník z wklęsłościami. Podobne obrazy przemawiają na korzyść sprawy rozpadowej paciorkowców, która często towarzyszy rozmnażaniu drobnoustrojów.

Po tych badaniach B. przeszedł do wyświetlenia roli, którą odgrywają w walce z łańcuszkowcami krwinki białe. Wiadomo, że Miecznikow i jego uczniowie tłómaczą odporność przeciwko zakażeniu tem, że krwinki białe uodpornionych zwierząt przyciągają do siebie drobnoustroje i pochłaniając, niszczą je. Przeciwnie krwinki białe zwierząt nieuodpornionych stronią od drobnoustrojów, słowem odznaczają się ujemnemi własnościami chemotaktycznemi. Wbrew tej teoryi prof. Weryho dowiódł, że różnica między krwinkami białemi zwierząt odpornych i nieodpornych jest li tylko ilościowa: fagocyty zwierząt nieodpornych są tylko mniej czułe względem jadów bakteryjnych; wykazują one również dodatnie własności przyciągające, lecz o wiele słabsze, niż krwinki białe zwierząt uodpornionych. Do tych wniosków Weryho doszedł, badając przebieg wąglika i cholery kurzej u królików. Gdy jednak Bordet, Czystowicz i Marchand, zakażając króliki jadowitą hodowlą łańcuszkowców, przyszli do wniosku, że wbrew zdaniu Weryho ujemna chemotaksis, zgodnie z zapatrywaniem Miecznikowa, istnieje, postanowił B. sprawdzić te doświadczenia i ich wyniki. Okazało się, że zaraz po zakażeniu jamy brzusznej królika jadowitą hodowlą łańcuszkowca liczba leukocytów w wypocinie jamy brzusznej ogromnie spada. Podobna leukopenia zależy od tego, że krwinki białe pochłonąwszy łańcuszkowce, osiadają w bardzo obfitej ilości na powierzchni narządów brzusznych. Wbrew więc Miecznikowowi fagocytoza jest tu bardzo wyraźna. Tylko przed śmiercią fagocytoza traci na sile, aczkolwiek nawet po śmierci można spostrzegać w wypocinie brzusznej i w narządach krwinki białe, zawierające drobnoustroje. Żadnych postaci, któreby przemawiały na korzyść rozpadu krwinek białych (leukolizy), B. nie spotykał. Oprócz obfitej liczby krwinek białych na powierzchni narządów brzusznych, B. znachodził je również w gruczołach chłonnych jamy brzusznej, w śledzionie, wątrobie, zwłaszcza zaś w naczyniach tych narządów. Łańcuszkowce, pochłonięte przez fagocyty, przedstawiają się początkowo niezmienionymi, lecz już po 3—4 godzinach można wykazać znaczną liczbę okazów rozpadających się, która wciąż się zwiększa. Inaczej niż krwinki białe zachowują się komórki śródbłonkowe krezki: ich jądra ulegają pod wpływem zakażenia paciorkowcami rozpadowi i zniszczeniu. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Boczarow. **Przyczynek do farmakologii weronalu.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 6). Na podstawie doświadczeń, wykonanych z weronalem na żabach, królikach i psach, autor przychodzi do wniosku, że weronal poraża ośrodkowy układ nerwowy. W małych dawkach weronal poraża przedewszystkiem mózg. Sen po weronalu odznacza się długotrwałością; w następstwie dawek dużych zwierzęta po obudzeniu się przedstawiają przez dłuższy czas przygnębienie i osłabienie. Liczba skurczów serca od dawek nasennych nie zmniejsza się lub podnosi się niewiele. Po dawkach śmiertelnych czynność serca początkowo przyśpiesza się, następnie zwalnia. Zwolnienie czynności serca zależy od bezpośredniego porażającego działania weronalu na sploty ruchowe lub na mięsień sercowy, przyśpieszenie zaś przedstawia najprawdopodobniej objaw drugorzędny, zależny od porażenia ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym. Ciśnienie krwi po dawkach nasennych weronalu obniża się nieznacznie; dawki zaś śmiertelne sprowadzają spadek ciśnienia krwi, zależnie od porażenia ośrodków naczynioruchowych, jak również od osłabienia i zwolnienia czynności serca. Zestawiając wyniki doświadczeń własnych i znajdujących się w piśmiennictwie, dochodzi Boczarow do wniosku, że weronal przypomina pod względem działania trional. Istotnie, między tymi przetworami istnieje zupełna analogia w powolności działania nasennego, długotrwałości snu, objawach po przebudzeniu się, wreszcie w zachowaniu się weronalu i trionalu względem narządów trawiennych i krwionośnych, które po dawkach leczniczych nie ulegają zmianom. Dodatnią stronę weronalu w porównaniu z trionalem stanowi ta okoliczność, że weronal nie sprowadza tych objawów ubocznych, które występują po trionalu. Okoliczność ta ma pierwszorzędne znaczenie dla długotrwałego zażywania leku nasennego.

*Witold Orłowski* (Ptbg).

Prof. Czystowicz i Szestakowa. **Zmiany morfologiczne krwi u chorych na kur** (*rubeola*). (*Wraczeb. Gaz.*, 1904, Nr. 1). Porównywając stan krwi u 4 chorych na kur (*rubeola*) z prawidłowym stanem krwi dzieci tegoż wieku, przyszli autorowie do wniosku, że morfologiczny skład krwi w tej chorobie przedstawia się prawidłowo lub wykazuje nieznaczną hiperleukocytozę w zależności od zwiększenia liczby neutrofilów wielojądrzastych. Krew chorych na kur różni się od krwi chorych na odrę tem, że nie przedstawia ani hipoleukocytozy, ani obniżenia liczby pierwiastków eozynochłonnych. Różnica ta jednak, zdaniem autorów, jest na tyle nie-

znaczną, że ją można wytłómaczyć nie swoistemi własnościami zarazków chorobotwórczych, lecz prędzej niejednakową ich siłą.
*Witold Orłowski* (Ptbg).

Sieber-Szumowa. **Wpływ zaczynów utleniających na węglowodany, w szczególności na cukier.** *(Wraczebnaja Gazeta*, 1904, Nr. 1). Sieber-Szumowa przeprowadziła szereg badań nad zaczynami utleniającymi pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. Zaczyny pochodzenia zwierzęcego były otrzymane z włóknika osocza krwi koni zdrowych, uodpornionych przeciwko prątkom błonicy, gronkowcom i łańcuszkowcom. Włóknik tych koni zawiera, jak okazało się, znaczną część zaczynów utleniających, w przeciwstawieństwie do włóknika prawidłowego, który jest prawie zupełnie pozbawiony tych zaczynów. Zaczynów wyodrębniono trzy: jeden cechuje się rozpuszczalnością w wodzie, drugi w solach obojętnych, trzeci w wyskoku i wodzie. Wszystkie te zaczyny odznaczają się własnością rozkładania cukru z utworzeniem $CO^2$ i zużyciem O; w największym stopniu posiada tę własność zaczyn pierwszy, w najmniejszym drugi. Dalsze badania wykazały, że nie tylko monosacharydy, lecz i di- (cukier trzcinowy) i poli- (skrobia) ulegają wpływom tych zaczynów utleniających. Oprócz włóknika, udało się wydostać takie zaczyny ze śledziony i innych narządów, wreszcie z wytworów roślinnych, mianowicie z owoców, grzybów i t. d. Wszystkie te zaczyny pomimo różnorodności ich pochodzenia odznaczają się jednakową własnością rozkładania cukru. Okoliczność ta ma ogromne znaczenie, jako dowód jednostajności spraw, zachodzących w ustrojach zwierzęcych i roślinnych. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Prof. E. Gancher. **O kiłowem pochodzeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.** (*La Presse médicale*, 1904, Nr. 30). Zbierając statystykę chorych, którzy przebywali kilę, stwierdził autor, że wielka liczba zapaleń wyrostka robaczkowego występuje u osób z przebytą kiłą, osobiście nabytą, lub odziedziczoną. Statystyka autora odnosi się do 32 przypadków, które dzieli on na dwie kategorye: jedna obejmuje chorych w wieku ponad 30 lat z kiłą nabytą, druga klasa chorych poniżej 30 lat odpowiada kile odziedziczonej. Autor rozumie, że podział ten jest zresztą sztuczny; wszelako zapalenie kiłowe wyrostka robaczkowego może być, zdaniem jego, tylko przypadem kiły wrodzonej późnej lub jako objaw kiły nabytej może się pojawić dopiero po 30 roku życia. Chorych powyżej lat 30 było dziewięciu, mianowicie: mężczyzn 4 i kobiet 5. Z tego u wszystkich 4 mężczyzn i jednej kobiety były dane osobiste, u trzech kobiet dane ze strony małżonka, u jednej kobiety żadnych danych nie było. Na 23 przypadki drugiej kategoryi można było 21 razy wykazać dziedziczność ze strony ojca. Ogółem zaś na 32 przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego znalazł autor 29 razy kiłę, a to 8 razy nabytą, a 21 razy dziedziczną. Autor przedstawia tę statystykę bez komentarzy i rzuca myśl, że zapalenie wyrostka robaczkowego należy uważać za późną kiłę, względnie za przejaw „parasyfilityczny" i to częściej przejaw kiły dziedzicznej, aniżeli nabytej. *Dr. M. Blassberg.*

Peters. **Leczenie zapalenia i świądu sromu adrenaliną.** (*Der Frauenarzt*, Nr. 1 i 2, 1904). W przypadkach zapalenia sromu autor okłada go na 4 minuty watą, zamoczoną w roztworze adrenaliny (1:2000—3000); wieczorem powtarza ten zabieg, pozostawiając okład na całą noc. Skutek podmiotowy występuje bezpośrednio, a po niedługim czasie sprawa zapalna sromu ustępuje. Mniej energicznie, lecz skuteczniej, niż inne leki, działają okłady z roztworu adrenaliny (1:3000) w świądzie sromu, a nierzadkie są przypadki zupełnego wyleczenia. *K*

F. Ehrlich. **Odżywianie po operacyi w zakresie żołądka lub jelit.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 14, 1094). Największa część operowanych umiera wskutek wycieńczenia. Autora to nie dziwi i twierdzi on, że gdyby zdrowego przez trzy tygodnie tak odżywiano, jak operowanych w zakresie przewodu pokarmowego, to ledwo trzymałby się na nogach. W swej klinice podaje autor zaraz po operacyi herbatę, wino czerwone i kleiki. W kilka godzin bulion, chociażby chory wymiotował. Drugiego dnia mięso gołębie, kurze lub cielęcinę; trzeciego — mięso wołowe, kartofle; czwartego szynkę, jaja na miękko; piątego bułkę, szpinak; od siódmego zwykłą lekką dyetę. Na 12 operowanych i w ten sposób odżywianych ani jeden nie zmarł wskutek wycieńczenia. *J. Opolski.*

Strelkow. **Purgatyna, jako lek rozwalniający.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 9). Strelkow stosował w klinice lekarskiej (Petersburg) purgatynę u 26 chorych w dawce 0,5—3,0. Do stron dodatnich tego środka zalicza autor niedrażniące jego działanie na przewód pokarmowy, brak przykrego smaku i małe rozrzedzenie kału. Daleko liczniejszemi są strony ujemne działania purgatyny, mianowicie: 1) wywołuje ona często bole, np. przy oddawaniu moczu, bole brzucha przed wypróżnieniem, parcie, odbijanie, wymioty, przelewanie w brzuchu, swędzenie rzyci, następową biegunkę, zmniejszenie łaknienia; 2) działanie rozwalniające jest zwykle słabe, wskutek czego zachodzi potrzeba używania dawek dużych, które sprowadzają uboczne działanie, bardzo nieprzyjemne; 3) ustrój szybko przyzwyczaja się do tego leku; 4) purgatyna czasami pociąga za sobą jeszcze większe zaparcie następowe; 5) mocz po purgatynie barwi się na czerwono i pozostawia na bieliźnie plamy, które usuwają się z trudnością; 6) wreszcie, purgatyna jest przetworem drogim. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Morkowitin. **Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym wycięty wyrostek zawierał glistnicę robaczkową** (*oxyuris*). (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 9). W jednym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego wyciął M. wyrostek, który był nieco zgrubiały i okazywał u podstawy zrosty z jelitem. Jama wyrostka zawierała śluz, miazgę kałową i żywe okazy glistnicy robaczkowej różnych rozmiarów; dużych okazów z dobrze rozwiniętą macicą naliczono 12. Drobnowidowe badanie treści wyrostka wykazało znaczną zawartość bardzo drobnych młodych okazów glistnicy, które były czasami skłębione, oraz sporą ilość typowych jaj tego wnętrzaka. Błony śluzowa i podśluzowa wykazywały stan zapalny, miejscami zdarzały się wybroczyny. W swem spostrzeżeniu M. dopatruje dowodu, że glistnica robaczkowa odkłada swe jaja w jelitach człowieka, a nie schodzi w tym celu do odbytnicy, jak to przypuszczali Leuckart i Miecznikow. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Boseck. **O działaniu atropiny w mechanicznej niedrożności jelit.** (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1904, Nr. 9). Na działanie atropiny można zdaniem klinicystów liczyć w przypadkach niedrożności jelit na tle porażnem, a nie na tle mechanicznem. Przypadek autora przemawia przeciwko temu twierdzeniu. U chorego wystąpiła niedrożność jelit wskutek ucisku guzów na jelito; zaparcie stolca trwało 10 dni. Wstrzyknięto 0,004 atropiny podskórnie, a już po 14 godzinach poczęły odchodzić gazy, a po 16 godzinach obfity, ciastowaty kał. Po raz drugi u tego samego chorego zatrzymał się stolec na 8 dni, a wstrzyknięcie atropiny wywołało pożądany skutek; tylko trzeci raz już wstrzyknięcie było bez dodatniego wyniku. W przypadkach, gdzie lekarz praktyczny nie może stwierdzić przyczyny i rodzaju niedrożności jelit, a operacyi robić nie można lub chory się na nią nie zgadza, radzi autor spróbować atropiny w postaci podskórnego wstrzyknięcia. *B. Żmigród.*

Tourneau. **Trzy przypadki tężca.** (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1904. Nr. 10). Opierając się na swych dwóch przypadkach, autor nie jest zwolennikiem surowicy przeciwtężcowej Behringa. W pierwszym z nich wstrzyknięto surowicę w 8 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów, w drugim w 12 godzin i mimo tego oba zakończyły się śmiertelnie. Trzeci przypadek autora zmarł w 12 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów i nie było już czasu do stosowania surowicy. W piśmiennictwie znajduje się opisanych 117 przypadków leczonych surowicą, ze śmiertelnością 50·4%, podczas gdy śmiertelność przypadków nieleczonych antytoksyną wynosi od 34·9—88%. Statystyka więc przypadków tężca wykazuje, że antytoksyna nie zmniejszyła dotychczas śmiertelności, a także i doświadczenia na zwierzętach przemawiają zdaniem autora przeciwko działaniu antytoksyny. *B. Żmigród.*

Lengenmann. **Przyczynek do leczenia przykurczeń tiosynaminą.** (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1904, Nr. 13). Autor polecił przeszłego roku swój sposób leczenia Dupuytrena wstrzykiwaniami tiosynaminy. W dwóch przypadkach, leczonych naówczas, nie nastąpił nawrót. Obecnie może autor podać trzeci pomyślny przypadek: u chorego istniało przykurczenie od dziesięciu lat: kąt zgięcia palca wynosił 70°. Po 45 wstrzyknięciach w połączeniu z mięsieniem, ruchami biernymi i kąpielami palec się wyprostował w przeciągu dwóch miesięcy; obecnie chory porusza palcem zupełnie dobrze. Te pomyślne wyniki skłoniły autora do zastosowania tiosynaminy w przypadku zaburzenia ruchów palca wielkiego, wywołanych zmiażdżeniem części miękkich palca, poczem powstała blizna, wskutek której palec pozostał zupełnie nieruchomy. Po 12 wstrzyknięciach rozpoczęły się czynne ruchy palca, siła jego wracała tak, że po 25 wstrzyknięciach wróciła zupełnie ruchomość palca, chora mogła nawet na tym palcu utrzymać ciężar. Powinno się wstrzykiwać nie w miejsca sąsiednie, lecz w bliznę, chociaż to więcej boli; można jednak w celu usunięcia bolu dodać $^1/_2$ ctm.$^3$ 1% kokainy. Należy pamiętać o tem, że wstrzykiwania tiosynaminy nie zastępują mięsienia i ruchów leczniczych, które działanie lecznicze bardzo popierają. *B. Żmigród.*

Prof. F. Lapersonne. **O stowainie, nowym leku miejscowo znieczulającym.** (*La Presse médicale*, 1904, Nr. 30). Autor podaje wyniki swych badań nad zastosowaniem stowainy w okulistyce. Jest to chlorowodorek amyleiny $\alpha$ $\beta$ z grupy aminoalkoholów, stosowany już w chirurgii ogólnej przez Reclusa i Chaputa. Toksyczność jego jest znacznie mniejszą od toksyczności kokainy.

Królik wagi 2450 grm., otrzymawszy w postaci wstrzykiwań podskórnych 25 ctm.[3] tego środka, w przeciągu dwóch godzin okazuje tylko lekkie objawy zatrucia, podczas gdy 8—10 ctm.[3] rozczynu kokainy zabija królika tejże samej wagi. Ta słaba własność toksyczna pozwala na szersze stosowanie stowainy, aniżeli kokainy. Musimy odróżniać jej stosowanie powierzchowne w postaci wkraplań, od stosowania wstrzykiwań podskórnych, względnie podspojówkowych. W postaci wkraplań pozwala stowaina przedsięwziąć wszystkie operacye na rogówce i spojówce, nawet operacyę zaćmy. Prócz nieznacznego złuszczania się nabłonka, które jest zresztą bez znaczenia i niestałe, nie wywiera ona żadnego niekorzystnego wpływu na przebieg gojenia. Niższość atoli stowainy od kokainy w tych przypadkach polega na boleśniejszem stosowaniu i na mniej zupełnem i króciej trwającem znieczuleniu rogówki przy równem zresztą dawkowaniu. Przy wstrzykiwaniach podskórnych, względnie podspojówkowych, przyznaje autor natomiast stowainie wyższość nad kokainą. Znieczulenie jest zupełne, występuje w czasie krótszym, aniżeli minuta i trwa w wystarczającym stopniu przez cały czas trwania operacyi. Zdolność rozszerzania naczyń, właściwa temu środkowi, sprzyja bezwątpienia szybkiej dyfuzyi, co ze względu na małą toksyczność stowainy nie jest stroną ujemną. Ogółem wyniki dotychczasowe są bardzo zachęcające do dalszych prób. *Dr. M. Blassberg.*

Prof. Forlanini. **Przyczynek do leczenia tętniaków aorty.** (*Wiener klinisch. therapeutische Woch.*, Nr. 8, 1904). Wszystkie zabiegi, skierowane do leczenia tętniaków, polegają na rozumowaniu, że niebezpieczeństwo cierpienia nie tyle zasadza się na zaburzeniach w krążeniu i ucisku narządów sąsiednich, ile na ustawicznem parciu fali krwi na ścianę tętniaka, która skutkiem tego coraz bardziej cieńczeje, aż nareszcie pęka, pociągając za sobą krwotok śmiertelny. Całe więc leczenie ma na oku zapobieżenie pęknięciu — o ile się da najdłużej. Do tego prowadzą dwie drogi: obniżenie ciśnienia krwi, lub wzmocnienie ściany aorty. Pierwsza droga, obecnie zupełnie opuszczona, polegała na częstych upustach krwi, bezwzględnym spokoju chorego, na ograniczeniu dyety itd.; wszystko to są zabiegi, które wprawdzie obniżały parcie krwi, ale podkopywały równocześnie siły chorego. Sztuczne wzmocnienie ściany tętnicy jest tylko słabem naśladowaniem samopomocy ustroju: wiadomo bowiem, że w niektórych przypadkach osiadają na ścianie tętnicy skrzepy krwi różnej zbitości i twardości, a zbijając się, powiększają w ten sposób i grubość i odporność ściany. Przebieg ten stara się medycyna naśladować wywołaniem sztucznych skrzepów przez wprowadzenie do tętniaka rozmaitych ciał obcych (igły, druty, nitki jedwabne itd.), lub wstrzykiwaniem pod skórę płynów, powiększających krzepliwość krwi. Do ostatnich środków należy żelatyna, której działanie i wyniki dadzą się, — według obecnego stanu nauki i na podstawie własnych, przez autora spostrzeganych przypadków, — ująć w następującą formę: a) nie ulega wątpliwości, że w pewnych przypadkach tętniaków aorty żelatyna działa korzystnie; w innych bywają wyniki mniej dobre, w innych wreszcie nie ma żadnego skutku. Jakie są przyczyny tego różnorodnego działania, dotychczas nie wiadomo; wobec czego nie da się z góry powiedzieć, jaki będzie wynik po żelatynie. b) Pomyślne wyniki objawiają się poprawą stanu przedmiotowego i podmiotowego zaraz z początku leczenia: z małymi wyjątkami znika osiągnięta korzyść w jakiś czas po zaprzestaniu stosowania tego leczenia; sposób działania żelatyny jest nieznany. c) Żelatyna, podawana na wewnątrz, jako też zastrzyknięta pod skórę, obniża parcie krwi; działanie to występuje już w kilka godzin po zastosowaniu, utrzymując się przez kilka dni.
*Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Pimenow. **Metoda Sahliego badania chemizmu żołądkowego.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 7). Na podstawie 9 spostrzeżeń, dokonanych na ludziach, i doświadczeń na psach ze sztuczną przetoką żołądkową, oraz próby ze sztucznem trawieniem w probówkach, przychodzi P. do wniosku, że metoda Sahliego nie prowadzi do równomiernego rozmieszczenia się tłuszczu w zawartości żołądka. Wobec tego autor nie widzi przyczyny, dla której tę metodę należałoby przekładać nad utarte już sposoby badania chemizmu żołądka. *Witold Orłowski* (Ptbg).

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie lwowskie.

**Posiedzenie naukowe z dnia 6 maja 1904.**

Przewodniczący: R. Dw. Prof. L. Rydygier (pod koniec posiedzenia Dr. E. Wechsler). Obecnych członków 45.

I. Prezes zawiadamia o śmierci ś. p. Dr. J. Chądzyńskiego, długoletniego i zasłużonego członka Towarzystwa lek. lw. i wzywa obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

II. Prezes podaje do wiadomości, że rodzina ś. p. Dr. J. Chądzyńskiego ofiarowała pozostały po zmarłym księgozbiór, tutejszemu Towarzystwu lekarskiemu.

III. Prezes wita kol. Prof. Dra J. Raczyńskiego i przedstawia go obecnym jako członka Tow. lek. lw.

IV. Kol. Dr. Roman Merunowicz przedstawia chorą z oddz. wewn. II-go, u której rozpoznaje cisawicę (chorobę Adisona). Rozpoznanie swe opiera na 1) bardzo znacznym upadku sił fizycznych, tak znacznym że nawet przejście z jednego łóżka do drugiego, przeprawia chorą o omdlenie; 2) na bolach, występujących w rozmaitych okolicach (w brzuchu, głowie, stawach); 3) na objawach „gastrycznych" (czkawka, nudności, wymioty) tak znacznych, że nie można było u chorej wykonać zwykłych prób żołądkowych; 4) na ciemniejszem, jakkolwiek nietypowem, zabarwieniu skóry i błon śluzowych i 5) na badaniu krwi, które wykazało przeszło $6^1/_2$ miliona erytrocytów w 1 mm. sz. i 110% hemoglobiny.

*W dyskusyi* podnosi W. Łukasiewicz, że zmiany barwikowe w skórze i błonach śluzowych tak dalece nie mają cech charakterystycznych dla choroby Adisona, że jedynie na ich podstawie wykluczyłby w przedstawionym przypadku to cierpienie. W każdym przypadku charłactwa bez względu na jego źródło podobne zmiany barwikowe spostrzegać można. J. Wernickiemu wydaje się nieprawdopodobnym wynik badania krwi, wobec tak daleko posuniętego charłactwa. E. Kikinger wyjaśnia, że taka hiperglobulia u osobników charłaczych tłómaczy się sinicą, a zatem przekrwieniem biernem kończyn palców i przytacza przypadek, w którym przeoczone zrakowacenie narządów rodnych u starszej kobiety dawało klinicznie obraz nadzwyczaj przypominający cisawicę. Wreszcie J. Wiczkowski zaznacza, że rozpoznanie choroby Adisona zawsze natrafia na ogromne trudności. Rozległym zmianom anatomicznym w nadnerczach mogą towarzyszyć bardzo nieznaczne objawy kliniczne, a bywa i odwrotnie. W przypadku, przedstawionym przez kol. M. opiera się stanowczo przy rozpoznaniu cisawicy, a rozpoznanie swe opiera nie na mało cechujących zmianach w skórze i błonach śluzowych, lecz na całym zbiorze innych objawów klinicznych, które tylko takiem rozpoznaniem wytłómaczyć sobie można.

V. Kol. Prof. Dr. W. Łukasiewicz przedstawia: a) dziecko dotknięte osutką bardzo rozległą, a cechującą dla *erythema toxicum.* Równocześnie u dziecka tego stwierdzić można *stomatitis dyphteritica mercurialis.* Zmiany te powstały po podaniu dziecku *hydrarg. tannici oxydulati* w dawce 0·01. Leczenie to przypisał lekarz prawdopodobnie z powodu jakiejś osutki, zajmującej okolicę kości krzyżowej, a o której przyrodzie na razie nic orzec nie można.

b) Chorego 50-letniego z kilkoma owrzodzeniami na języku i podniebieniu twardem. Podobne owrzodzenia wykazano w krtani, nadto stwierdzono zmiany gruźlicze w szczytach. Po wykluczeniu przymiotu, prelegent wspomniane owrzodzenia rozpoznaje jako gruźlicze.

VI. Kol. prof. Dr G. Ziembicki przedstawia: a) chorą ze skórzakiem podjęzykowym. Ze względów kosmetycznych operował w ten sposób, że od jamy ust naciął błonę śluzową, a następnie ścianki torbieli treść jego (około $1^1/_2$ szklanki) wypuścił, wewnętrzną powierzchnię ścianek wyłyżeczkował i wprowadziwszy dren przez nacięty otwór, sprowadzić zamierza zarośnięcie jamki. Sposób ten poleca jako nieszpecący i najmniej niebezpieczny.

b) Chorego 82-letniego, u którego, mimo daleko posuniętej sprawy nieżytowej pęcherza, usunął kamień, krusząc go częściowo na 5 posiedzeniach (z tych trzy w uśpieniu eterowem). W przypadku tym, a podobnie postąpił i w innym analogicznym, odstąpił od zasady drenowania przez *sectio alta* pęcherza, zajętego posokowatym nieżytem, nie wierzył bowiem w dostateczną odporność sił życiowych przeszło 80-letniego starca. Zatem w kamicy pęcherza moczowego należy indywidualizować w najszerszem tego słowa znaczeniu.

*W dyskusyi* zaznacza F. Obtułowicz, że udawało mu się znieczulać kokainą pęcherz w sposób wystarczający do skruszenia kamienia. Przeciwnie Uhma przekonał się dowodnie, że kokaina wcale nie znieczula, a czyni tylko ból znośniejszym. Następnie uważa uro-

tropinę za doskonały środek, zapobiegający gorączce po cewnikowaniu, w czasie podawania jej jednak, trzeba od czasu do czasu badać mocz, ze względu na pojawić się mogący białkomocz. L. Rydygier nie uważa bynajmniej cięcia nadłonowego za zabieg trudniejszy i groźniejszy dla chorego w porównaniu z litolapaksyą. Na kilkanaście cięć nadłonowych, które wykonał w klinice lwowskiej i w praktyce prywatnej, nie miał ani razu zejścia niepomyślnego. Statystyki, ogłaszane z klinik, w których litolapaksyę uważają za zabieg normalny, podają po *sectio alta* wysoką śmiertelność, wyższą nad 25%. Okoliczność ta jednak wcale nie zadziwia i nie świadczy przeciw operacyi krwawej. Bo do *sectio alta* wybierają tam przypadki rozpaczliwe, ze zmianami w miedniczkach i nerkach i chorzy ci ginęli wprawdzie po operacyi, ale nie skutkiem, lecz mimo operacyi. Zresztą w ogólnych zasadach zgadza się z prelegentem.

c) Konwalescentkę po wycięciu pęcherzyka żółciowego. Chorą przeniesiono na oddział z rozpoznaniem przewlekłego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego i z objawami ciężkiej cholemii. Kiedy na drugi dzień wśród dreszczów nagle podniosła się gorączka, przystąpił natychmiast do operacyi. W okolicy pęcherzyka napotkał otorbiony ropień, wyciął bardzo zmieniony pęcherzyk i znalazł, że tak przewód żółciowy jak i wątrobowy są w tym stopniu rozszerzone, iż swobodnie wprowadzić w nie można palec. Tuż ponad zastawką Vatera wyczuł kamień, który usunął (demonstracya). Oba przewody wydrenował na kilka tygodni. Po operacyi chora szybko powracała do zdrowia.

*Dyskusya*: Wiczkowski stwierdził z przedstawionej chorej na dzień przed operacyą, kiedy jeszcze nie gorączkowała, już 15 000 leukocytów, co wskazywało na ropienie. A. Gluziński nie przypisuje zwiększonej leukocytozie, nawet wówczas, gdy dochodzi do 30.000, znaczenia w rozpoznawaniu sprawy ropnej, zwłaszcza, gdy chodzi o drogi żółciowe.

VII. Kol. prof. Dr. A. Gluziński demonstruje preparaty anatomiczne z przypadku *chloroma ossium dispersum*. Chory 23-letni, przyjęty do kliniki na parę tygodni przed śmiercią, okazywał zmiany w czuciu na kończynach dolnych, zaburzenia w czynności pęcherza i odbytnicy i t. d., każące domyślać się jakiegoś ucisku na koniec rdzenia pacierzowego. Badanie krwi, które wykazało nieznaczne zwiększenie liczby ciałek białych, zmniejszoną liczbę erytrocytów, odsetkową przewagę limfocytów i myelocytów, skierowało uwagę na układ kostny. I rzeczywiście w czasie dalszego spostrzegania zauważono zgrubienia na mostku i żebrach, bolesność kręgosłupa, porażenie n. twarzowego po jednej stronie i t. d. Na podstawie tych objawów rozpoznano rozsianego mięsaka kości. Sekcya wykazała rzeczywiście ogniska nowotworowe, rozsiane w całym niemal układzie kostnym. Tkanka nowotworowa odznaczała się żywo-zielonem zabarwieniem.

VIII. Kol. Dr. E. Doliński przedstawia dziewczynkę, dotkniętą nader rzadką formą naczyniaka chłoniastego, zajmującego okolicę lędźwiową, nadpachwinową lewą i wzgórek łonowy. W skórze ponad naczyniakiem tworzą się nieustannie pęcherzyki, wypełnione płynem jasno żółtawym. Pęcherzyki te pękają, poczem sączy się z nich limfa.

*W dyskusyi* przemawiają: J. Świątkiewicz i Leszczyński.

*Herman*, sekretarz doroczny.

## Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie zwyczajne w dniu 27 kwietnia 1904 r.**

Przewodniczy kol. Borzęcki. Obecnych członków 21.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Moraczewski ze Lwowa wygłosił zapowiedziany odczyt: „O znaczeniu indykanu w moczu". (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiali kol. doc. Seńkowski i prelegent.

*Dr. Ryszard Urbanik*, se retarz doroczny.

## Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

**Protokół z posiedzenia zwyczajnego z dnia 15 marca 1904.**

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia:

I. Kol. Borzęcki przedstawia znanego już chorego ze zmianami chorobowemi na wardze dolnej i brodzie. Choremu podawano jod przez 8 tygodni bezskutecznie; badania drobnowidowe w kierunku promienicy dawały stale wynik ujemny; natomiast badanie histologiczne, wykonane w ostatnich dniach, wykazało utkanie nowotworowe. Kol. Steuermark radzi tu zastosować leczenie promieniami Roentgena, a gdyby nawet wynik nie był najpomyślniejszy, w każdym razie powstrzymać można n ekiedy szerzenie się nowotworu. Kol. Reiss zaznacza, że w jednym podobnym przypadku, mimo długiego leczenia promieniami Roentgena, nie widział skutku.

Następnie przed tawia kol. Borzęcki kobietę z osutką kiłową, która zanikając, pozostawia, zwłaszcza na karku, plamy blade pod postacią tak zw. *luesderma*.

Kol. Reiss zwraca uwagę na tę okoliczność, że osutka kiłowa rzadko bywa umiejscowioną na karku; w tem zaś właśnie miejscu najczęściej występuje *leucoderma*, które nie jest odbarwieniem skóry, a tylko okalająca pola prawidłowe skóra jest przebarwiona. Rozchodzi się więc tu nie o *leucoderma*, lecz raczej *melanoderma*, a obecność guzków kiłowych w miejscu pól białych jest zwykłym przypadkiem. Kol. Krzyształowicz dodaje, że podniesione przez kol. Reissa szczegóły są w zupełności histologicznie potwierdzone (Majeff). Kol. Borzęcki przedstawia chorą z *dermatitis herpetiformis* Duhring i omawia ten przypadek. W trakcie dyskusyi zaznacza kol. Reiss, że szkoła wiedeńska identyfikuje tą chorobę jako *pemphigus pruriginosus*.

Kol. Krzyształowicz sprzeciwia się łączeniu tej choroby z *pemphigus*, bo *dermatitis* Duhringa jest jasną co do formy i etyologii, natomiast o *pemphigus* tego powiedzieć nie możemy; rozdział więc obu tych postaci chorobowych jest konieczny.

II. Kol. Reiss przedstawia chorego z licznymi bliznowcami rzekomymi skóry (keloid). Podawanie tiosinaminy w zeszłym roku pozostało bez wyniku; obecnie zastosował ten sam przetwór w większych dawkach i odnosi wrażenie, jakoby pojedyncze bliznowce uległy lekkiemu przypłaszczeniu.

Dalej przedstawia kol. Reiss starca 62-letniego z kilakiem na podudziu prawem i przebiciem podniebienia twardego. U chorego widzimy nadto bardzo wybitny starczy zanik skóry, a w okolicy kącika wewnętrznego oka lewego małe ognisko raka skórnego.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego z klasyczną postacią *psoriasis geographica*. Chory był leczonym we Wrocławiu promieniami Roentgena bez wybitnego wyniku.

Wreszcie przedstawia kol. Reiss chorą z *lupus tumidus nasi*, leczonym miejscowo bromem. Wynik leczenia po jednorazowem zastosowaniu tego środka bardzo pomyślny, na całej bowiem przestrzeni pierwotnie zajętej wilkiem tylko 2 guzki jeszcze diaskopem wykazać można. Chora pozostaje w dalszej obserwacyi.

III. Kol. Krzyształowicz przedstawia chorą z *neuro-fibromata cutanea*; na skórze tułowia widzimy wszystkie przejścia sprawy chorobowej, począwszy od zmian barwikowych aż do guzów wielkości orzecha laskowego. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że badanie histologiczne wykazało w poprzednim podobnym przypadku bezpośredni związek guzów z osłonką nerwów skórnych. Sprawa to wrodzona, a postępuje zwykle nadzwyczaj powoli. Za nerwicą przemawiają również liczne plamy barwikowe, rozrzucone wzdłuż pewnych pni nerwowych, szczególnie w zakresie kończyn. Jeżeli weźmie się pod uwagę dosyć liczne małe naczyniaki, odnosimy wrażenie obrazu, bardzo zbliżonego z wejrzenia do *xeroderma pigmentosum*. Obraz chorobowy odpowiada w zupełności przypadkom, opisanym pierwotnie przez Recklinghausena.

Kol. Pacyna składa z powodu nieprzewidzianych licznych zajęć godność sekretarza, którą zgromadzeni jednogłośnie oddają kol. Stopczańskiemu.

*Dr. Pacyna*, sekretarz.

## Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

**VII posiedzenie w dniu 19—XII (1—I) 1903 roku.**

Obecnych członków 22, gość 1.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego ogólnego zebrania prof. dr. Zaleski wygłasza rzecz pod tyt.: „Wpływ artezyjskich solankowych otworów wiertniczych miasta Sławiańska na zagęszczenie i skład chemiczny tamtejszych jezior leczniczych". W treściwym zary-

sie prelegent zapoznał zgromadzenie z topografią i fizyografią trzech głównych jezior leczniczych miasta Sławiańska, a mianowicie: Repnego, Ślepnego i Wejsowego, a następnie podniósł kwestyę genezy ich powstania i przeszedł do warunków geologicznych miejscowości, dostatecznie wyjaśnionych dzięki licznym otworom wiertniczym, z których pierwszy powstał lat temu trzydzieści.

Lecznicze warunki Sławiańska rozwijały się prawie równolegle z rozwojem tego miasta, jako jednego z najważniejszych w Rosyi ośrodków tak ważnej gałęzi przemysłu, jak warzelnictwo soli. Dzięki obfitości soli, znajdującej się w samem mieście Sławiańsku i jego okolicy, miejscowość ta w obecnych czasach słynie jako ważny punkt przemysłowy wogóle, ponieważ rozwijają się tu liczne fabryki, produkujące z soli drogą chemiczną i elektrolityczną różne dalsze wytwory, jak soda, różne odbarwiające związki chloru i t. p. Wobec takich warunków Sławiańska wielce zatrważającemi dla jego przyszłości okazały się wieści, że wypompowywanie ropy solnej z otworów świdrowych wpływa z jednej strony demineralizująco i osuszająco na miejscowe jeziora lecznicze, odciągając zaopatrujące je źródła mineralne, a z drugiej grozi z czasem zawaleniu się całej tej miejscowości wskutek utworzenia się pod ziemią wielkich próżni. Dla sprawdzenia słuszności tych groźnych przypuszczeń na wniosek górniczego komitetu uczonych polecono prelegentowi przez ministra rolnictwa i dóbr państwa zorganizowanie osobnej komisyi specyalistów, którąby drogą ściśle naukowych i systematycznie prowadzonych badań, mających trwać 2 lata, zbadała tę kwestyę na miejscu i przedstawiła swoje wnioski. Do składu komisyi, pracującej pod przewodnictwem i przy współudziale prelegenta, weszli: górniczy inżynierowie: Sachs, Chilczyński, Abragam, Stepanow, chemik Paszkow, zoolog Skorikow, botanik prof. Nadsom i meteorolog Kowalewskij. Prelegent przedstawił zgromadzeniu metodykę i ogólny zarys tych badań, a także ich wyniki. Okazało się, że wypompowywanie ropy z otworów świdrowych nie wpływa demineralizująco na wodę jezior, a mogące powstać podziemne próżnie nie są tak groźne, ponieważ ropa wydobywa się przez otwory artezyjskie ze znacznej głębokości, wynoszącej przeciętnie 50 sążni. *(Autoreferat).*

*Dyskusya.* Dr. Strawiński zapytuje prelegenta o skład wody jezior sławiańskich.

Prof. dr. Zaleski odpowiada, że najważniejszą częścią składową tej wody jest sól kuchenna, następnie gips; sucha pozostałość wynosi w przybliżeniu 8—19‰ mlgr.; też same składniki zawiera i ropa z otworów świdrowych z tą jednak różnicą, że wzajemny stosunek części składowych jest inny i sucha pozostałość wynosi prawie 230‰ w mlgr. Dr. Wierciński zapytuje, jaki zachodzi stosunek wód Sławiańskich do Ciechocińskich?

Prof. dr. Zaleski odpowiada, że warunki fizyograficzne są dla Ciechocinka, jako stacyi leczniczej, o wiele mniej sprzyjające w porównaniu z Sławiańskiemi; istotnie, ropa wydobywa się w Ciechocinku ze znacznie większej głębokości, niż w Sławiańsku; samo zagęszczenie ropy ciechocińskiej wykazuje w przybliżeniu $3^1/_2{}^0$ według Beaumé, wtenczas, gdy ropa sławiańska — $24^0$; wreszcie, ług ciechociński różni się nieco i składem chemicznym. Dr. Wilanowski podnosi znaczenie źródeł, znajdujących się na dnie jezior sławiańskich i przemawia za koniecznością ich oczyszczenia. Prof. Dr. Zaleski, nie wykluczając możliwości przeprowadzenia podobnych doświadczeń na ograniczonej przestrzeni, uważa oczyszczenie jezior za ryzykowne i nawet niemożliwe wobec ogromnego kapitału, niezbędnego dla jego wykonania.

Prof. dr. Ziemacki wygłasza rzecz pod tyt.: „Przypadek torbiela skórzakowego jajnika. Zwyrodnienie złośliwe torbiela i jelita poprzecznego. Owaryotomia i wycięcie 19 ctm. jelita grubego z zejściem w wyzdrowienie. Demonstracya preparatów makro- i mikroskopowych". Do prelegenta zgłosiła się w r. 1892 chora, która po 4-tym porodzie spostrzegła guz w prawej połowie brzucha wielkości macicy w 6 tym miesiącu ciąży, twardy, zwłaszcza w górnych częściach koło pępka, gdzie przy badaniu dały się wyczuwać oddzielne zgrubienia; guz był niebolesny i przesuwalny, przeważnie w stronę prawą; macica wielkości zwykłej nie łączyła się z nowotworem, jakkolwiek od prawego jej kąta szedł w kierunku do guza gruby sznur. Chora chudła szybko. Rozpoznawszy „torbiel prawego jajnika z częściowem zwyrodnieniem złośliwem (?)", wykonał prelegent celiotomię. Okazało się, że guz był istotnie torbielem prawego jajnika wielkości przeszło głowy dorosłego mężczyzny; szypułę jego tworzyły prawe więzadło szerokie, trąbka maciczna i więzadło okrągłe; torbiel był zrośnięty z otrzewną i siecią, a w górnych częściach z poprzecznicą; część, zrośnięta z poprzecznicą była rakowato stwardniałą i wgłobioną do ściany jelita wzdłuż na przestrzeni 8—10 ctm. Prelegent wyciął torbiel i jelito z siecią na przestrzeni 19 ctm. Chora żyje dotychczas. Badanie anatomiczne wykazało torbiel skórzakowy i mięsak śluzakowy, wrastający do jelita. Przypadek ten, jak zarówno przypadki, przytoczone przez prelegenta na posiedzeniach poprzednich, przemawia na korzyść doszczętnego wycięcia nowotworów złośliwych, usadowionych w jelitach, wbrew zdaniu tych chirurgów, którzy przekładają w tych razach enteroanastomozę.

*Dyskusya.* Dr. Maczewski: jaki był stosunek nowotworu do więzadła szerokiego macicy? Prelegent: dolny odcinek nowotworu był umieszczony między blaszkami więzu szerokiego.

Dr. Noiszewski wygłasza rzecz pod tyt.: „Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych". Badania swe autor ograniczył do zakresu wyobrażeń wielkości i odległości przedmiotu. Wyobrażenie wielkości jest syntezą 2 czynników: 1) wielkości obrazu na siatkówce, 2) siły inerwacyi napięcia ogniskującego (akomodacyi) w oku. Badając powidoki i porównywując wyobrażenie wielkości przedmiotu, prelegent tłómaczy różnicę pomiędzy wyobrażeniem wielkości powidoku, a wyobrażeniem wielkości przedmiotu. Tak n. p., wielkość obrazu płomienia świecy na siatkówce zmienia się w zależności od odległości płomienia od oka, ale wielkość powidoku płomienia świecy nie może zmienić wielkości obrazu płomienia na siatkówce, więc w pierwszym przypadku na wyobrażenie wielkości płomienia składają się dwa czynniki: wielkość obrazu na siatkówce i rozmiary napięcia ogniskującego w oku; przeciwnie w drugim przypadkn na wyobrażenie wielkości wywiera wpływ tylko sama inerwacya napięcia ogniskującego, wielkość bowiem obrazu na siatkówce pozostaje niezmienioną. Prelegent podaje następujący dowód, że wyobrażenie wielkości przedmiotu zależy nietylko od wielkości obrazu na siatkówce, ale i od inerwacyi: 1 ctm. kw. z odległości 30 ctm. i 1 m. kw. z odległości 30 metr. dają na siatkówce obrazy jednakowej wielkości, a jednak 1 metr kw. z odległości 30 metrów wydaje się nam o wiele większy od 1 ctm. kw. z odległości 30 ctm. Ponieważ wielkość obrazu na siatkówce w obu przypadkach jest ta sama, więc oczywiście różnica w wyobrażeniu wielkości zależeć może tylko od rozmiaru inerwacyi napięcia ogniskującego w oku. Jeżeli wyobrażenie wielkości przedmiotu jest syntezą obrazu na siatkówce z inerwacyą napięcia ogniskującego w oku, to wyobrażenie odległości przedmiotu jest syntezą dwóch obrazów prawego i lewego z inerwacyą mięśni, nastawiających linie spojrzeniowe prawego i lewego oka na punkt przedmiotowy. Według prelegenta, wyobrażenie odległości przedmiotowej wytwarza się na zasadach geometryi wykreślnej, ale zamiast płaszczyzny poziomej i pionowej mamy tu płaszczyzny prawą i lewą. Oprócz tego, płaszczyzny te nie są do siebie prostopadłe, ale ustawione pod coraz to nowym, ale zawsze stałym kątem. Za korę zakresu wzrokowego uważa prelegent nie siatkówkę korową (Munk), ale układy rzutów linii spojrzeniowej, z których każdy jest ośrodkiem coraz to innego pola widzenia. Rozkładem wyobrażeń wzrokowych prelegent nazywa takie stany chorobowe, które od czasów Munka i za jego zapoczątkowaniem nazywają zwykle ślepotą duszy. *(Autoreferat).*

W dyskusyi dr. Wierciński przemawia przeciwko zdaniu prelegenta, jakoby w przestrzeni istniał tylko jeden punkt przedmiotowy, mianowicie znajdujący się na przecięciu dwóch osi wzrokowych, reszta zaś miałyby być pozorne; na dowód przytacza strzelca, który w występach swoich przed 12 laty w Petersburgu wykazał zdolność jednoczesnego strzelania z dwóch strzelb do dwóch celów. Według prelegenta w tym przypadku nie może być mowa o strzelaniu jednoczesnem; będąc jeszcze studentem, prelegent zauważył, że mógł jednocześnie słuchać wykładu profesora i czytać książkę; gdy jednak zwrócił na tę właściwość baczniejszą uwagę, przekonał się, że właściwie w każdej chwili może albo tylko czytać, albo tylko słuchać; cała rzecz tłómaczy się szybkością przechodzenia od jednego aktu do drugiego. Tak i ów strzelec nie może służyć za dowód istnienia 2 punktów przedmiotowych: nie ulega żadnej wątpliwości, że w tym przypadku mamy do czynienia z dwoma odrębnymi aktami psychicznymi. Prelegent spodziewał się prędzej innego zarzutu, mianowicie, że jedno oko ma również jeden punkt przedmiotowy, ponieważ strzelec może strzelać jednem okiem. W istocie jednak tak nie jest, bo tym sposobem strzelec może tylko nastawić strzelbę na pewien przedmiot, lecz nie może wnioskować o jego odległości; sąd o odległości może być wydany tylko dwoma oczami. Dr. Pietrowicz zaznacza, że strzelec naprowadza zwykle strzelbę jednem okiem, drugiem zaś rozgląda się bezwiednie w przestrzeni. Prelegent sądzi, że dla naprowadzenia niezbędnem

jest, żeby punkt przedmiotowy, znaczek spójrzeniowy na lufie i otwór spójrzeniowy były na jednej linii; dla obu ócz jednocześnie to jest niemożliwe. Bezwarunkowo, zdaniem jego, istnieje tylko jeden punkt przedmiotowy. Okoliczność ta ma ogromne znaczenie, gdyż obala, zgodnie ze Śniadeckim, twierdzenie nauki niemieckiej, której wciąż jeszcze hołdujemy, o podmiotowości przedmiotów; w rzeczy samej istnienie przedmiotu nie ulega żadnej wątpliwości; nie jest on wynikiem wyobraźni, lecz rzeczywistością. Prof dr. Zaleski nie może zgodzić się z prelegentem, że istnieje tylko jeden punkt przedmiotowy; jak strzelec może jednocześnie strzelać z dwóch strzelb, tak również wielu, prowadząc badania drobnowidowe, jednocześnie patrzą do drobnowidu a przy pomocy drugiego oka rysują; niektórzy zaś mogą jednocześnie pracować na dwóch drobnowidach. Wbrew zdaniu poprzedniego mowcy prelegent utrzymuje, że w tych razach mamy do czynienia z istotnem złudzeniem, bo w rzeczywistości tu się odbywają dwie różne czynności. O ile znacznem może być złudzenie, świadczy następujący przykład: jeśli przed zdrowym okiem postawić pryzmat, powstaje dwuwidzenie; niektórzy jednak nie mają go; okoliczność ta zależy albo od nadzwyczajnie osłabionego wzroku, albo bardzo wielkiego zezowania, wskutek czego obraz powstaje na mało czułych obwodowych częściach siatkówki; w przypadkach bowiem zezowatości przemiennej osobnik widzi również dobrze dwoma oczami; są wreszcie osoby, które mogą dowolnie zezować lub wcale nie zezować, ale w razie nie zezowania prawie nic nie widzą. Prof. dr. Zaleski pozostaje przy swojem zdaniu, że można jednocześnie zupełnie niezależnie wykonywać dwie czynności; stan ten tłómaczy nadzwyczaj dobrem, acz prawie bezwiednem wyrobieniem odruchów.

Prelegent sądzi, że jest to akt czysto psychiczny. Dr. Łukowski odróżnia wyobrażenia, otrzymywane drogą apercepcyi i drogą percepcyi; otrzymywać jednocześnie dwa wyobrażenia przez apercepcyę uważa za niemożliwe: można jednak oprócz pojedynczego wyobrażenia, otrzymanego drogą apercepcyi, otrzymywać jednocześnie mnóstwo innych drogą percepcyi. Prof dr. Ziemacki uprasza o wytłómaczenie spostrzeżenia, uczynionego przez żonę jednego z członków Koła (p. Czeczottowa), a stwierdzonego przez się i inne osoby, mianowicie, jeśli się patrzy na barwny obraz, zwłaszcza z dalekiej odległości i w warunkach niezupełnego oświetlenia, to można zwiększyć dowolnie kontrast barw jedynie ruchem, n. p. schyleniem głowy; w ten sposób można nawet wywołać barwność przedmiotu, gdy ona już znika. Prelegent stwierdza również to spostrzeżenie; najbarwniejsze obrazy można otrzymać przy nachyleniu głowy i patrzeniu przez rozstawione nogi. Najwięcej prawdopodobne tłómaczenie tego zjawiska jest to, że rzuty wrażeń w nowem położeniu padają na inne części kory mózgowej, które nie otrzymują ich zwykle, co nadaje obrazom osobliwszą barwność; jeśli ruch linii spójrzeniowej można porównać do pióra sfigmografu, piszącego na walcu, to poruszenie głowy można porównać do przesuwania na walcu zwojów papieru, wskutek czego pióro pisze wciąż na innych miejscach; zupełnie analogicznie do tego w razie zmiany położenia głowy ulegają wrażeniem wzrokowym inne okolice kory mózgowej. Dr. Strawiński: tu zachodzą w grę i zmiany krwiobiegu, w zależności od różnego położenia głowy. Prelegent zaznacza, że barwność przedmiotu można wywołać już nieznacznem nachyleniem głowy. Dr. Wierciński nie może zgodzić się na to, żeby zmiana położenia sprowadzała działanie obrazów na inne zwoje kory mózgowej; przyznając to, musiałby przyjąć, że zmiana położenia głowy wywiera wpływ i na myślenie. Prelegent dr. Noiszewski wyjaśnia, że istotnie na siatkówce oka otrzymują się obrazy przy różnych położeniach głowy w jednem miejscu, mianowicie w plamce żółtej; przeciwnie dzieje się na siatkówce korowej, gdzie rzuty w tych warunkach padają na coraz inne miejsca, zależnie od kierunku linii spójrzeniowej. Że barwność obrazów zależy właśnie od podobnie zmiennego miejsca rzutowych wrażeń przedmiotów, dowodzi osobliwsza wrażliwość wzrokowa, przypominająca dziecinną, którą można niekiedy spostrzegać, n. p. u ludzi po durze brzusznym. Tu siatkówka korowa, otrzymująca w zwykłych warunkach wrażenia wzrokowe i wskutek tego przytępiona na nie, uległa jakby starciu tych rzutów; wobec tego wrażenia rzutowe padają jakby na zupełnie nową część kory, co nadaje im osobliwszą barwność. Dr. Wierciński tłómaczy podobne zjawisko zmianami anatomicznemi, które zachodzą według badań prof. Popowa podczas duru w korze mózgowej. Prelegent podkreśla, że w tym przypadku obrazy rzutowe na korze mózgowej padają na te same miejsca, co i przed chorobą, jednak odznaczają się po durze osobliwszą barwnością, a przyczyna polega na utracie przez siatkówkę korową dawnych wrażeń. Zdaniem prof. dr. St. Zaleskiego odruchy wzrokowe muszą padać zawsze na te same miejsca kory mózgowej; zmiana położenia głowy sprowadza zmianę w załamaniu promieni i zajęcie innych części siatkówki ocznej. Prelegent zaprzecza możliwości zmiany w załamaniu promieni; jeśli osobnik leży na lewym boku i patrzy na okno, a potem położy się na wznak, to powidok okna będzie poziomy, nie zaś pionowy, tymczasem o zmianach w załamywaniu tu nie może być mowy. Prof. Dr. Zaleski tłómaczy to zjawisko świadomością zmiany położenia, uwidaczniającą się zmianą położenia powidoku. Dr. Strawiński w sprawie świadomości widzenia przypisuje ogromne znaczenie nawykowi; oko może widzieć nawet części tkanek, znajdujących się w samem oku, n. p. krwinki czerwone; zwykle jednak tych obrazów nie widzimy. Prelegent oświadcza, że te tak zw. zjawiska entoptyczne istotnie można spostrzegać w tych przypadkach, gdy siła rzeczywistych wrażeń jest znacznie osłabioną; tak, znajdując się w głębokiej studni, można w dzień widzieć gwiazdy na niebie.

Na tem posiedzenie naukowe zakończono.

Na posiedzeniu administracyjnem po omówieniu niektórych spraw, obrano w poczet członków Koła magistra weterynaryi docenta wojskowo-lekarskiej Akademii Gordziałkowskiego. *Witold Orłowski.*

## VII. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

**Dr. Jana Lachsa.**

### I.

Leży to już w naturze ludzkiej, że się najchętniej zajmuje sprawami niezupełnie wyjaśnionemi, dającemi więcej niż inne do myślenia. Ta dobra strona umysłu naszego wychodzi na dobre niejednego ciemnego zagadnienia, przyczyniając się do jego częściowego lub nawet całkowitego wyjaśnienia. Objaw ten można częstokroć spostrzegać w piśmiennictwie, zwłaszcza o ile ono dotyczy dawnych pomników literackich Stąd to pochodzi, że niektóre wieki starożytnego piśmiennictwa, lub też dzieła niektórych starożytnych pisarzy są tak często i obszernie opracowywane. Wobec tego należy się wprost dziwić, że autor, nad którym się dziś mamy zamiar zastanawiać, posiada stosunkowo tak skąpą literaturę. A jednak jest on w stanie dać tyle do myślenia dziejopisarzom medycyny. Badacz tej miary jak Boerhaave, który wydał dzieła Aretaeusa [1]) stawi go obok Hipokratesa, mając na myśli piękny i jędrny jego styl, jakoteż nie mniej zmysł krytyczny i szczególniejszy dar spostrzegawczy.

Byłoby może na miejscu tutaj nieco bliżej się zastanowić nad lekarzem tego znaczenia; chcąc jednak z wyników naszych poszukiwań wysnuć pewne wnioski, dotyczące samej osoby Aretaeusa, zostawiamy to na później, a obecnie przystępujemy wprost do zakreślonego zadania.

Zdaje się, że jako ginekolog odgrywał Aretaeus niepoślednią rolę, a w każdym razie chętnie się zastanawiał nad sprawami z zakresu ginekologii. Za tem przemawia fakt, że napisał ginekologię „γυναικεία“ i ta okoliczność, że znał bliżej, o ile się zdaje, nietylko anatomię prawidłową i zmiany chorobowe żeńskiego narządu rodnego, ale także właściwości ustroju kobiecego, na które, ilekroć się tylko sposobność po temu nadarza, zwraca uwagę czytelnikowi i z nich korzystać każe. Jak widzimy, możnaby wśród korzystnych warunków dużo napotkać u Aretaeusa z zakresu ginekologii. Niestety jednak zaginęło najważniejsze dla nas dziś dzieło jego „γυναικεία“ [2]), a to, co nas doszło w jego księgach „o przyczynach i o oznakach chorób dłu-

[1]) Aretaei Cappadocis de causis et signis acutorum et diuturnorum morborum ed Boerhaave. Lugduni Batavorum 1735.

[2]) Aretaei Cappadocis opera omnia ed. Kühn Lipsiae 1828. De curatione acutorum morborum l. I. cap. III. str. 209.

gotrwałych i ostrych“ i w jego rzeczy o leczeniu tychże chorób, stanowi zaledwie okruchy tego, co było. lecz okruchy, które nam może dadzą pewną podstawę do dalszych wniosków.

Przechodząc do rozpatrywania tych kilku uwag ginekologicznych, które nas doszły, zaczniemy od anatomii. Zdaje się, że Aretaeus przykładał do niej znaczną wagę. gdyż nierzadko daje tego dowody. I tak o miednicy mówi kilka razy; rozmyślnie wspominamy o miednicy, gdyż nad kośćmi, wchodzącemi w jej skład, nie zastanawia się bliżej, coby uczynić musiał, gdyby szedł śladem innych lekarzy starożytnych Dla Aretaeusa istnieje jedynie całość, którą zowie „λαγών“. Całość ta zamyka pewną przestrzeń, w której się znajdują trzewa, o których niżej będzie mowa. Okoliczność zaś, że Aretaeus używa określenia na miednicę zawsze w liczbie mnogiej, każe przypuszczać, że wie dobrze o jej składzie z kilku części. Z tych części składowych okolicznościowo tylko wymienia kości biodrowe, kość krzyżową „ἱερὸν ὀστέον“ i kręgi lędźwiowe „ὀσφῦς“. Określenie kości biodrowych łączy się u niego razem z określeniem samej miednicy, co pozwala przypuszczać. że kości te stanowią wedle niego główną część miednicy. Jakie części rozróżniał na tych kościach, nie zdradza nigdzie, a postępuje w tym kierunku tak konsekwentnie, że czytając jego pisma, nie moglibyśmy nawet powiedzieć, jakie były jego zapatrywania na łuk łonowy, lub czy go wogóle znał. Kiedy mu się bowiem nadarzyła sposobność wymienienia go, nie uczynił tego bynajmniej. Mamy tu na myśli ten ustęp, w którym się Aretaeus zastanawia nad uciskiem, wywartym na pęcherz moczowy przez macicę, znajdującą się w stanie zapalenia [3]). Wspomina on wprawdzie, że macica taka przygniata pęcherz. lecz nie wymienia do czego go przygniata. Jakże jest pod tym względem wpadającą w oko różnica pomiędzy Aretaeusem a wielu innymi starożytnymi autorami. Naturalnie. że nie wolno nam tu wziąć za przykład Hipokratesa, gdyż on również nie wspomina o łuku łonowym. a wogóle jego opis miednicy za wzór służyć nie może. Z bezpośrednich zaś jego następców wymienić tu należy Dioklesa z Karystu. po którym, jako po autorze ginekologii, możnaby się spodziewać pewnego wyjaśnienia. W tych kilku jednak urywkach z jego pism, które za pośrednictwem innych autorów ocalały, wspomina o miednicy zaledwie okolicznościowo. określając ją jużto w liczbie mnogiej, już też w liczbie pojedynczej tak, że nie uprawnia nas do żadnych wniosków [4]).

Nie wiele znajdziemy także w tym kierunku u zwolenników szkoły aleksandryjskiej. Szkoła ta. ująwszy w rękę bardzo wcześnie przewodnictwo wiedzy anatomicznej, gdyż wykonywała sekcye na zwłokach ludzkich już wtedy, kiedy inne, spostrzeżenia dokonywane na zwierzętach, przenosiły wprost na człowieka, przedstawia wprawdzie już ogromny i bardzo ważny postęp, lecz w sprawie łuku łonowego nie przyniosła żadnych wyjaśnień, lub też wyjaśnienia te nas przynajmniej nie doszły. Bardziej stanowczo i bez pozostawienia jakichkolwiek wątpliwości w tym kierunku wypowiada swoje zdanie Celsus, twierdząc, że łuk łonowy jest ostrzejszym u mężczyzn, a mniej ostrym, czyli więcej rozwartym, u kobiet [5]). Tak dobitnie i bez żadnych ogródek wypowiedziane zdanie długo musiało czekać. zanim je sobie inni autorowie przywłaszczyli. Nawet tak znakomity ginekolog. jakim był Soranus. nic o niem nie chce wiedzieć, a w ślad za nim idzie i Moschion. Natomiast Rufus z Efezu wspomina o spojeniu łonowem, powiadając jedynie. że się kości biodrowe łączą na przodzie między sobą, zapomocą chrząstki „ἃ (τῶν ἰσχίων ὀστᾶ) συνάπτει τοῖς πέρασι, κατὰ τὸ ἐφήβαιον χόνδρα συμφυέντα [6]). Dla jego celów taka wiadomość anatomiczna wystarcza najzupełniej. Galen wprawdzie wspomina o kościach (τῆς ἥβης ὀστέα [7]) łonowych, tworzących po połączeniu się między sobą zapomocą chrząstki duży łuk kostny („μεγάλην ἀπεργάζεται μίαν ὀστεΐνην ψαλίδα“ [8]), zaznaczając wyraźnie, że różnic w tym kierunku pomiędzy mężczyzną a kobietą niema żadnych.

Jeszcze mniej. aniżeli Galen, poucza pod tym względem Oribasius, bardzo zbliżony w tej sprawie do Rufusa. Określenie jego jest suche i krótkie, a czytelnikowi nie nasuwa nic do myślenia. Kości biodrowe — powiada — zrastają się ku przodowi między sobą i przybierają nazwę kości łonowych. „τὰ (μέρη) δ'εἰς τὸ πρόσω μέρος ἐντεῦθεν ἀνατεινόμενα, λεπτά, καὶ διατετρημένα, καὶ συμφυόμενα, κατά τὸ πέρας ἀλλήλοις, ἥβης ὀστᾶ“ [9]). Ten krótki opis tem więcej zadziwia u niego, że umie on zresztą opisać same kości biodrowe, jakkolwiek bardzo krótko, lecz wystarczająco, by sobie czytelnik mógł wytworzyć o nich obraz.

Z kości, składających się na miednicę, wymienia jeszcze Aretaeus dwa razy kość krzyżową [10]). Wspomina jednak o niej tylko okolicznościowo, nie opisując ani jej kształtu, ani też nie zwracając uwagi naszej na jej krzywiznę. Aretaeus uważał to, podobnie jak Soranus i Moschion, w tych okolicznościach, wśród których był zmuszony o tej kości mówić, za zbyteczne dla czytelnika, a dużo zbytecznych uwag u Aretaeusa nie znajdzie. Inaczej zapatrywali się na tę sprawę Hipokrates [11]), Celsus [12]), Rufus [13]), Galen [14]) i Oribasius [15]), którzy wszyscy mniej lub więcej dokładnie, zwłaszcza Celsus, Rufus i Galen opisali kość krzyżową. O kości ogonowej nie wspomina Aretaeus, natomiast wymienia kręgi lędźwiowe, jako części miednicy nas tu bliżej obchodzące. Nie powiada wprawdzie wprost, że kręgi lędźwiowe i ile ich wchodzi w skład miednicy kostnej; zastanawiając się jednak nad chorobami macicy, twierdzi, że jest ona przyczepiona zapomocą więzadeł także i do kręgów lędźwiowych („οἱ (ὑμένες) μὲν κατὰ πυθμένα πρὸς τὴν ὀσφῦν λεπτοί“ [16]), a ponieważ wyznacza macicy siedzibę w środku miednicy [17]), przeto najbliższem prawdy będzie przypuszczenie, że i miejsce jej przyczepienia uważał za należące do miednicy. Byłby to w porównaniu z innymi autorami starożytnymi bardzo rzadki, a może nawet jedyny objaw. Hipokrates zastanawia się wprawdzie nad wygięciami kręgosłupa, nie odróżniając jednakowoż miednicy, jako odrębnej całości, nie zastanawiał się i nad częściami, na tę całość się składającemi. Diokles z Karystu [18] wspomina wprawdzie o okolicy lędźwiowej z punktu widzenia położniczego, lecz dla niego nie istnieje jeszcze w tym kierunku kręgosłup, ale ten ostatni wraz z częściami miękkiemi, którym, — o ile się zdaje, — ważniejsze nawet znaczenie przypisuje.

Inne miejsca [19]), w których Diokles o okolicy lędźwiowej mówi, nie przynoszą również nic więcej. Hero-

[3]) De causis et signis acutorum morborum L. II. cap. X. K. str. 58.

[4]) M. Wellman: Die Fragmente der Sikelischen Aerzte Akron, Philistion und des Diokles von Korystos. Berlin 1901. § 142 i 179.

[5]) Aur. Corn. Celsi „de medicina» libri octo ed. Almeloveen, Basileae 1748. Lib. VIII. cap. II.

[6]) Daremberg-Ruelle. Oeuvres des Rufus D'Ephèse. Paris 1879. ἀνεπίγραφον περὶ ἀνατομῆς τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων. II. str. 191.

[7]) Claudii Galeni opera ed. Kühn. Lipsiae 1829 „De usu partium corporis humani lib. XIV. cap. XIII.

[8]) Ibidem.

[9]) Oribasii anatomica ed. Dundaas, Lugduni Batavorum 1735, str. 164.

[10]) Aret. op. ed. K. str 48 i 170.

[11]) Hippocrat. opera omnia ed Kühn. Lipsiae 1827. Vectiarius. K. III, i de locis in homine. K II.

[12]) Medicina lib. VIII. cap. II

[13]) Περὶ ὀνομασίας τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων str. 148 i ἀνεπίγραφον περὶ ἀνατομῆς τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων II. str. 190 i 191.

[14]) Galeni de usu partium corporis humani l. XIV. cap. XIII. K. IV.

[15]) Oribasii anatomica str. 150.

[16]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 166.

[17]) De causis et signis acutorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 60.

[18]) Wellmann: Die Fragmente etc. § 179.

[19]) Wellmann: §§ 141 i 142.

fil[20]) ze szkoły aleksandryjskiej wspomina wprawdzie o znaczeniu patologicznych zgięć kręgosłupa dla porodu; z tych jednak urywków jego, które nas doszły, niemożliwe są konkretne wnioski co do jego zapatrywań na miednicę i jej części. Celsus[21]) nie zalicza żadnego kręgu do części składowych miednicy, gdyż jama kostna, ochraniająca kobiece części rodne, rozpoczyna się podług niego od przedniego brzegu górnej powierzchni kości krzyżowej, a Soranus i Moschion, nie uważając wogóle anatomii za niezbędnie potrzebną, nie wdają się w te szczegóły.

Aretaeus określa części miękkie ogólnie jako „τὰ γυναικήϊα“ [22]) „αἰδοῖον“ [23]), w których skład wchodzą rozmaite twory. Nad zewnętrznym sromem, jak i nad błoną dziewiczą, nie zastanawia się wcale. Z części ukrytych wymienia pochwę i macicę, do których prowadzi wejście „γυναικήϊον στόμα“ [24]). Jedną, jak i drugą, nazywa wspólnem mianem „ὑστέρη“, posiadając w słownictwie swojem dla tej ostatniej także określenie „μήτρη“ [25]). Miałżeby ją wraz z macicą uważać za jeden narząd? Przeciw temu przypuszczeniu przemawia naszem zdaniem bardzo poważny powód. Aretaeus rozróżnia bowiem wejście do pochwy, ujście zewnętrzne i wewnętrzne części pochwowej. Gdybyśmy więc przyjęli, że Aretaeus uważa pochwę wraz z macicą za jednę całość, musielibyśmy także przyjąć, że podług niego miałby ten jeden kanał, przebiegający niejako jedną ciągłą linią, nietylko dwa ujścia, lecz miałby ich aż trzy, a na podobne tłómaczenie słów Aretaeusa przecież trudno się zgodzić. Ze zaś Aretaeus rzeczywiście wymienia dwa ujścia części pochwowej, wkrótce będziemy mieli sposobność udowodnić. Przypuszczenie nasze jednak nie ulegnie zmianie, jeżeli nawet przyjmiemy, że Aretaeus ujścia wewnętrznego szyjki nie odróżniał, skoro wiemy, że dla niego istniało tylko ujście zewnętrzne, „στόμα“ macicy. Wszak ujście zewnętrzne, — albo jak dosłowne tłómaczenie wyrazu „στόμα“ każe, „usta“ — jako prowadzące do nowego kanału i stanowiące jego początek, nie może się znajdować gdzieś we środku tegoż.

Poglądów swoich na przebieg, kształt i rozmiary samej pochwy nie zdradza Aretaeus nigdzie. Przyznaje jedynie, że ona leży wraz z macicą w środku miednicy („ἐν τῇσι λαγόσι τῶν γυναικῶν μέσῃσι ἐγκέεται ἡ μήτρη...“ [26]), mając przed sobą pęcherz, a w tyle poza sobą odbytnicę. Aretaeus nie pozwala sobie wprawdzie na tak względnie dokładne określenie położenia macicy, lecz omawiając choroby pęcherza, powiada, jak to już wspomnieliśmy, że go macica w stanie zapalenia ugniata. „ἐπὶ γυναικῶν μὲν γὰρ κύστεων καὶ ὑστέρων φλεγμονὰς ἀναπιέζει...“ [27]). Podobnie okolicznościowo tylko wymienia tylną granicę przy sposobności poszukiwania przyczyn przemieszczenia macicy[28]).

Jeżeli przyjmiemy nasze przypuszczenie o odrębności pochwy i macicy jako udowodnione, natenczas znajdziemy pomiędzy Aretaeusem a innymi lekarzami starożytnymi znaczną różnicę. Rozpoczynając nasz przegląd od Hipokratesa, musimy przyznać, że dla niego istniały jamy stanowiące między sobą jedną całość, w skład której wchodziła pochwa wraz z macicą. W szczątkach, utrzymanych po bezpośrednich następcach Hipokratesa i po zwolennikach szkoły aleksandryjskiej, nie znajdujemy nic o pochwie tak, że nic stanowczego o tej sprawie powiedzieć nie możemy. Celsus znowu opisuje wprawdzie dokładnie pochwę, nie wyrobił jej jednakowoż odrębnego stanowiska, pozostawiając to Soranusowi[29]) i Rufusowi. „εἶτα τὸ κοίλωμα τὸ ἐφεξῆς, γυναικεῖος κόλπος, καὶ αἰδοῖον τὸ σύμπαν σὺν τοῖς ἐπιφανέσιν“ [30]). Lecz już u Galena znajdujemy pod tym względem pewnego rodzaju brak stanowczości i jasności; gdy bowiem raz uważa pochwę za narząd całkiem odrębny, łączy ją innym razem z macicą w jednę całość[31]), posuwając się w ten sposób wstecz poza Soranusa. Oribasius, czerpiący swoje wiadomości anatomiczne u Galena, zgadza się na to ostatnie zapatrywanie, rozróżniając jedynie górną, sięgającą aż do pępka i dolną, prowadzącą na zewnątrz część. „...κατὰ μὲν τὸ ἄνω πέρας, τὸ τοῦ πυθμένος πλησίον ἐστὶ τῷ ὀμφαλῷ, τὸ κάτω δ᾽αὐτῆς πέρας ἐπὶ το αἰδοῖον...“ [32]).

Pochwa łączy się z macicą, o której anatomii nieco więcej szczegółów podaje Aretaeus, aniżeli o pierwszej. O jej położeniu wspomnieliśmy już nieco wyżej. Kształtu jej, który w starożytności tak rozmaicie opisywano, nie podaje. Wiemy jedynie, że rozróżniał na niej powierzchnie: przednią, tylną i dwie boczne, zwrócone ku kościom biodrowym. Nadto rozróżniał jeszcze trzon czyli właściwą macicę i część nazwaną karkiem (αὐχήν [33]); trudno jednak powiedzieć, którą część Aretaeus określa tem mianem. Na podstawie tego, co u niego znajdujemy, możliwe są dwa przypuszczenia: odnosić się może ta nazwa albo do „części pochwowej“ albo też do „części nadpochwowej“. Prawdopodobieństwo przemawia za częścią pochwową, nie rozstrzygając jednak sprawy stanowczo. Zastanawiając się bowiem nad przyczynami wypadania macicy, powiada, że choroby części, nazwanej karkiem, powodują wypadanie[34]); nieprawdopodobnem zaś jest, żeby Aretaeus rozpoznawał choroby części nadpochwowej, w odróżnieniu od chorób części pochwowej i reszty macicy i przypisywał im w tym kierunku znaczenie przyczynowe. W innem znowu miejscu[35]), gdzie się również zastanawia nad wypadnięciem macicy, twierdzi, że czasami wypada tylko część macicy, a mianowicie od ujścia aż do karku. Ponieważ opis ten stałby się niezrozumiałym, gdybyśmy przez „kark“ zrozumieli tu „część pochwową“, a więc bezpośrednio nad ujściem zewnętrznem, dlatego musimy się w tej sprawie uciec do innych pisarzy starożytnych, a przedewszystkiem do Soranusa, który przecież pozostawił najlepszy i najdokładniejszy opis macicy. On rozumie przez „αὐχήν“ część, znajdującą się ponad szyjką[36]), podczas gdy znowu Galen[37]) w ten sposób określa nic innego, jak tylko część pochwową. To zamieszanie, panujące pod tym względem u starożytnych pisarzy, odbija się także i u Aretaeusa.

Na części pochwowej rozróżnia ujście zewnętrzne, zwane u niego ujściem macicznem („στόμα“), które wśród warunków prawidłowych nie przekracza pewnej wielkości. Ujście to jest zewnętrzną granicą kanału, przechodzącego przez część pochwową, a prowadzącego w dalszym ciągu do jamy macicy. Co Aretaeus uważał za wewnętrzną granicę tego przewodu, tego wyraźnie nie powiada. Granica taka jednakowoż dla niego istniała, skoro powiada, że macica wypada niezawsze w całości, lecz czasem tylko po część pochwową „μέσφι τοῦ αὐχένος“ [38]).

Trzon macicy jest trzewem wydrążonem, którego górny brzeg stanowi dno macicy (πυθμήν) [39]). Jak sobie Aretaeus wyobrażał dno macicy i czy przyjmował w niem istnienie

[20]) Sorani περὶ γυναικείων παθῶν ed. Rose. Lipsiae 1882. cap. XVII. 53.
[21]) Medicina lib. VIII. cap. II.
[22]) De causis et signis acutorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 62. i de curatione acutorum morborum lib. II. cap. X. K. str. 285 i 287.
[23]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. IV. K. str. 141.
[24]) De curatione ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 285.
[25]) De causis et signis acutorum morborum l. II. cap. XI. K. str. 60.
[26]) L. c.
[27]) L. c. cap. X. str. 58.
[28]) De curatione acutorum morborum lib. II. cap. X. K. str. 287.
[29]) Lib. I. cap. III. 16.
[30]) Rufus περὶ ὀνομασίας τῶν τοῦ ἀνθρώπου μορίων ed. Daremberg-Ruelle.
[31]) Galeni de ut. dissectione cap. II. K. II.
[32]) Oribasius ed. Dundas, de vulva str. 126.
[33]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 167 i de curatione acutorum morborum l. II. cap. X. K. str. 285.
[34]) L. c. str. 285.
[35]) L. c. str. 167.
[36]) Soranus lib. I. cap. III. 9.
[37]) Galeni de uteri dissectione cap. VII. K. II.
[38]) De causis et signis diuturnorum morborum l. II. cap. XI. K. str. 167.
[39]) De causis et signis diuturnorum morborum l. II. cap. XI. K. str. 166 i de curatione acutorum morborum l. II. cap. X. K. str. 285.

rogów, tego nie wiemy. O samej jamie macicy również nie podaje wiele. Jeżeli jednak przyjmiemy, jako słuszne, rozumowania Fassbendera[40]) odnośnie do jamy macicy w pismach Hipokratesa, podług którego tak częste określenie macicy w liczbie mnogiej ma być jednym z dowodów, że w macicy istnieje kilka jam, natenczas będziemy musieli, odnosząc to samo rozumowanie do Aretaeusa, twierdzić, że autor ten przyjmował w macicy kobiecej istnienie jednej tylko jamy. W ten sposób wystąpiłby Aretaeus przeciw zapatrywaniom Hipokratesa i jego szkoły, z którymi się Galen[41]) także najzupełniej zgadzał, a podzielałby stanowisko Soranusa.

Mięsień macicy składa się z dwóch warstw[42]), wewnętrznej i zewnętrznej, połączonych ze sobą, z tętnic i żył.

Macica przyczepiona jest do otoczenia zapomocą dwóch par ścięgnistych (νευρώδεες) więzadeł: jedna para wychodzi z dna macicy i ta jest delikatną i cienka, („οἱ μὲν κατὰ πυθμένα πρὸς τὴν ὀσφῦν λεπτοί“) [43]), druga para mocniejsza, rozszerzająca się nakształt żagli, odchodzi na granicy trzonu i części pochwowej i przyczepia się do bioder („οἱ δὲ κατ' αὐχένα ἔνθα καὶ ἔνθα πρὸς τοὺς λαγόνας· ἁ δὲ μάλιστα νευρώδεες, πλατέες ὅκως νεὼς λαίφεα“)[44]). Obydwa te więzadła utrzymują macicę w pewnem stałem prawidłowem położeniu. Pod tym względem zachodzi zupełna zgoda pomiędzy Aretaeusem, a tylu innymi lekarzami[45]).

O częściach dodatkowych macicy nie znajdujemy u Aretaeusa nigdzie śladu tak, że w tym kierunku nie są wogóle dopuszczalne żadne wnioski. (C. d. n.).

## VIII. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 26 maja.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 18 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Jarecki przedstawił rzadsze przypadki chorobowe ze szpitala św. Ludwika; Dr. Bier mówił „O zakładzie do czyszczenia wody kanałowej w Sanatoryum zakopańskiem.“

* XV międzynarodowy Kongres lekarski w Lisbonie ma się odbyć, jak wiadomo, od 19 do 26 sierpnia 1904 roku. Wyszedł właśnie pierwszy numer urzędowego czasopisma tego Kongresu, który zawiera statut Kongresu i organizacyę sekcyi i komitetów rozmaitych krajów. Na uwagę zasługuje paragraf 2-gi statutu, który nadaje prawo brania udziału w Kongresie tylko lekarzom i ludziom nauki, przedstawionym przez komitety krajowe lub komitet portugalski Wkładka członków wynosi 25 franków (20 marek — 1 funt angielski). Działalność naukowa Kongresu odbywać się ma w 17 sekcyach: 1) Anatomia (opisowa i porównawcza, antropologia, embryologia, histologia). 2) Fizyologia. 3) Ogólna patologia, bakteryologia, i anatomia patologiczna. 4) Terapia i farmakologia. 5) Medycyna wewnętrzna. 6) Pedyatrya. 7) Choroby nerwów, psychiatrya i kryminalna antropologia. 8) Dermatologia i syfiligrafia. 9) Chirurgia. 10) Medycyna i chirurgia narządów moczowych. 11) Okulistyka. 12) Laryngo-rynologia, otiatrya i stomatologia. 13) Ginekologia i położnictwo. 14) Higiena i epidemiologia. 15) Medycyna wojskowa. 16) Medycyna sądowa. 17) Medycyna kolonialna i marynarska.

Komitet wykonawczy ma zamiar drukować wszystkie zamówione i zgłoszone referaty przed otwarciem Kongresu; z tego powodu należy je nadesłać do generalnego sekretaryatu przed 30 września 1905 roku. Inne referaty powinny być nadesłane przed 31 grudnia 1905 r., jeżeli mają być drukowane. — Urzędowym językiem ma być język francuzki. Na ogólnych zgromadzeniach i na posiedzeniach sekcyjnych można będzie używać języka niemieckiego, francuzkiego i angielskiego. Z tego wynika, że język portugalski z obrad wykluczono, co nastąpiło w celu zmniejszenia wogóle liczby języków na Kongresie. Prezydentem Komitetu organizacyjnego jest dr. M. da Costa Alemao; generalnym sekretarzem dr. Miguel Bombarda. Zgłoszenia należy posyłać na ręce tego ostatniego (*Hospital de Rilhafolles, Lizbona*).

* Dnia 16-go b. m. ukonstytuował się austryacki Komitet XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego. Przewodniczącym został wybrany prof. Nothnagel, skarbnikiem prof. Politzer; sekretarzami: proff. Obersteiner i Frankl-Hochwart.

* W r. bieżącym wakuje stypendyum im. Szklarskiego w kwocie 2000 koron, przeznaczone dla ukończonego ucznia Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., na jednorazowy wyjazd za granicę. Podania przyjmuje dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jagiell. do dnia 20 czerwca b. r.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniwersytecie lwowskim otrzymali: Adolf Karol German i Roman Hinze.

* Dr Bukojemski mianowany został docentem położnictwa i ginekologii w Odessie.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy w dalszym ciągu przystąpili koledzy: Dr. Brudzewski Karol (Kraków) i Dr. Mach Andrzej (Bursztyn).

* W Londynie wyszło tłómaczenie znanej książki Weresajewa (Smidowicza) p. t. „Zapiski lekarza.“ Czasopismo angielskie „The British Medical Journal“ z 30 z. m. zamieszcza obszerną recenzyę tej pracy. Wszystkie ujemne strony zawodu lekarskiego, które Weresajew żywemi barwami odmalował, wszystkie wahania, wątpliwości, które tak często dręczą sumienie i umysł lekarza, zwłaszcza młodego, recenzent określił, jako następstwo faktu, że „medycyna w Rosyi znajduje się w stanie półbarbarzyńskim“, że nastrój rozpaczliwy Weresajewa jest wynikiem jego zawodowej ignorancyi, słowem, że dla takiej jak ta książki najwłaściwszem miejscem byłby »śmietnik«.

* Prof. patologicznej anatomii w kijowskim Uniwersytecie, dr. Wysokowicz, udał się do Laojan na wezwanie kierownika sanitarnej części armii mandżurskiej.

* Przed kilku laty parlament angielski, hołdujący hasłu osobistej wolności do ostatnich granic, zawiesił prawo przymusowego szczepienia limfy ochronnej. Nie długo jednak czekał na skutki swej lekkomyślnej uchwały, gdyż mordercza epidemia ospy dotkliwe wyrządziła klęski mieszkańcom. Obecnie Anglicy nawracają się do szczepienia coraz więcej, a równo z tą rozsądną zmianą zmniejszyła się statystyka śmiertelności z ospy. W ostatnich czasach wpłynęło do parlamentu sporo próśb o prawne uregulowanie tej sprawy i można liczyć, że po tak bolesnem doświadczeniu parlament przywróci niebacznie zawieszone prawo obowiązkowego szczepienia.

* „Polski przewodnik po zdrojowiskach“, ułożony przez Dr. Xawerego Gorskiego, opuścił prasę; odznacza się ścisłą dokładnością informacyjną, a tem samem spełni swe zadanie wobec społeczeństwa, oraz krajowych zdrojowisk i uzdrowisk. Staranne wydanie zdobią liczne ilustracye. Cena wynosi 5 koron.

* Paryski świat naukowy nie małą ma trudność w obsadzeniu posady dyrektora Instytutu im. Pasteura, opróżnionej przez śmierć Dr. Duclaux. Najwięcej widoków ma Dr. Roux.

* Między 10 a 16 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: borszczowskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), kamioneckim (1 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (4 gm.), starosamborskim (3 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnowskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (4 gm.), złoczowskim (4 gm.), żółkiewskim (4 gm.), żydaczowskim (1 gm.), w mieście Lwowie 1 przypadek.

**Nekrologia.** Dr. Leon Nencki, brat ś. p. Marcelego, zmarł w Warszawie w wieku l. 55.

**Bibliografia:**

— *Medycyna* Nr. 20. Serkowski i Maybaum: W sprawie zaraźliwości raka (dok.). Sterling: O porażeniu astenicznem (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 20. Stankiewicz: Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin? Ciągliński: Pzzyczynek do leczenia balneologicznego chorych z cierpieniami serca i tętnic.

---

[40]) Entwickelungslehre, Geburtshilfe u. Gynaekologie in den Hippokratischen Schriften.

[41]) De usu partium corporis humani l. XIV. cap. IV. K. IV.

[42]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 167.

[43]) L. c.

[44]) L. c.

[45]) Soranus lib. I. cap. III. 8. Rufus l. c. str. 160. — Galeni de ut. diss. cap. IV. K. II. i de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. XIV. K. IV.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 5. Bogdanik: O resekcyi stopy według własnej metody. Putermann: Kilka słów w sprawie aglutynacyi. Nowy odczynnik: typhus „diagnosticum“. Rzętkowski: Odporność w stanach zakaźnych. Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Fidler: O zaraźliwości trzeciorzędnych objawów przymiotu i jego dziedziczeniu (dok.). Serkowski: Zarys semiotyki moczu. Grodecki: Birsztany (dok.). Sonnenberg: O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 4. Świętochowski: Połąga, jako nadmorskie miejsce kąpielowe. Regiec: Na rozpoczęcie sezonu kąpielowego.

— *Przewodnik zdrojowy* Nr. 4. Skórczewski: Rzut oka na sprawy zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi.

— *Ginekologia* Nr. 4. Cercha: O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych. Neugebauer: Hydromeningocele sacralis anterior (c. d.). Asterblum: Przyczynek do rozpoznawania tyłozgięcia macicy ciężarnej.

— *Revue v neurologii, psychiatryi, fisykalni a diaeteticke therapii* Nr. 5. Skala: Tabes juvenilis. Vitek: Tic ruky. Přispěvek k otazce motorických obdessi (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 20. Cisler: O poměru pathologických změn svalstva hrtanového k zákonu Semon-Rosenbachovu (dok.). Krutina: Favus v Bosně a Hergegovině (dok.). Zahradnický Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Šantrůček: Léčeni hydrokély (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 5. Šlejmer: Prilozi pitanju appendicitide. Maixner: Myxsarcoma durae matris. Extirpatio.

— *La Presse médicale* Nr. 38. Philipe: Nowa metoda skombinowana dla leczenia zwężeń i przewlekłych zapaleń cewki moczowej. Minet i Averseng: Technika i wskazania do elektrolizy okrężnej przy zwężeniu cewki moczowej. Genouville i Compain: Leczenie niezatrzymywania moczu drogą faradyzacyi zwieracza cewki. Nr. 39. Langenhagen: Rzekoma nerka wędrująca. Romme: Szerzenie duru brzusznego i śmierć nagła chorych na dur. Samozakażenie z macicy i samoodkażenie pochwy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20. Heller: Przyczynek do sprawy gruźlicy. Volhard: O tętnie wątrobowem i o wyrównaniu w niedomykalności zastawek sercowych. Morgenroth: Badania związku toksyn błoniczych z antytoksynami, oraz o konstytucyi jadu błoniczego. Sperling: Przepukliny w bliźnie połaparomijnej i złośliwe zwyrodnienie jelit w worku przepuklinowym. Hueppe: Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole (dok.). Lassar: Radioterapia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 20. Neumann: Dziedziczenie kiły. Pauli: O związku między fizyko-chemicznemi własnościami a działaniem lekarstw. Kostlivý: Wodniak międzyścienny. Krokiewicz: Patogeneza diplopneumokoka Fränkel-Weichselbauma. Przypadek pneumokokowej posocznicy przerzutowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 20. Tabora: Zaburzenia kiszkowe w achylii żołądkowej Altschüler: Stosunek *bact. faecalis alkaligenes* do prątka durowego. Veraguth: Leczenie zawrotu Menierowskiego. Lange: Bezkrwawe leczenie wrodzonego zwichnięcia stawu kulszowego. Schaeffer: Etyologiczne uwagi nad jednym przypadkiem poprzecznego ostrego zakaźnego poporodowego zapalenia mlecza w następstwie ropiastego dziurawiącego zapalenia przymacicznego. Dreuw: Leczenie łuszczycy przez lekarza praktycznego. Volland: O powstawaniu gruźlicy. Ehrlich: Czy bolesność czczego żołądka jest cierpieniem nerwowem?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 21. Fraenkel: O cieśni oskrzelowej. Wassermann i Bruck: Działanie antytoksyny w ciele żyjącem. Kingmüller i Baermann: Czy jad kiłowy jest przesączalny? Lubliński: Stosunek między językiem łuskowatym (*leukoplakia*) a kiłą. Katzenstein: Osobliwa postać wierzchniactwa (*epispadiasis*), wierzchniactwo w zakresie żołędzi i jego powstawanie. Bluhm: Przyczynek do kazuistyki wadliwej budowy części rodnych kobiety. Riegel: O nadmiernej kwasocie i nadmiernej wydzielinie (dok.). Richartz: Różniczkowe rozpoznanie między rozszerzeniem wrzecionowatem przełyku a głęboko usadowionym w nim uchyłkiem (dok.).

**Redakcya otrzymała**: Korybut Daszkiewicz: 1) O wartości lecznicej i rozpoznawczej przekłucia lędźwiowego. 1) Kilka słów w sprawie ratowania od pozornej śmierci noworodków i dzieci starszych. 3) Kilka słów o najnowszych zdobyczach nauki na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt. 4) Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny i stosowania kąpieli w pierwszych dniach życia noworodków. 5) Kilka słów w sprawie wyboru mamek. Xawery Górski: Polski Przewodnik po Zdrojowiskach. Blumenfeld: Beitrag zur Thrombophlebitis luetica in Frühstadium.

## Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 20 (od 15/V do 22/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dz. 23; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 14, kob. 26; zamiejscowych: męż. 15, kob. 12.

**Przyczyna śmierci**: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 11. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —. ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —. ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —. ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6. ob 6. 21) nowotwory: miej. 2. ob. —. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7. ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. — 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 2. **Razem** miej. 40, obcych 27.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę, dnia 1 czerwca, o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej kliniki chirurgicznej U. J.*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader wraz z asystentami klinicznymi przedstawi i omówi rzadsze przypadki, leczone obecnie w klinice.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

# Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

## I. Zdrojowiska krajowe:

### Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

### Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski**, docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

### Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak**, kierownik i właściciel Zakładu.

### Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef**, jun., lekarz zakł.

### Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

### Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens**, („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon**, lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław**, asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.**, („pod Orłem“).

### Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

### Ojców.

Dr. **Niedzielski St.**, dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.**, asystent dyrektora.

### Rabka.

Dr. **Lang**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

### Rymanów

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

### Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

### Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski E.**, radca ces., lekarz zakł.
Dr **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

### Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund**, Przecznica.

### Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

## II. Zdrojowiska zagraniczne:

### Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

### Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon**, („Hotel Continental“).

### Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakł.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

### Franzensbad.

Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen“).

### Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ IV).

### Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. **Oransz M.**, (Polak), (zimą w Wiedniu).

### Karlsbad.

Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski**, („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki**, (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz**, (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.**, (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

### Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek**, radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.**, (Villa „Elsa“).

### Marienbad.

Dr. **Harajewicz Wład.**, (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.**, (Villa „Apollo“).

### Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

### Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**